

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Neu, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 18 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, a travaillé comme soudeur jusqu'en 1985, puis comme chauffeur poids-lourds et enfin comme chauffeur de bus auprès des [...] SA dès le 11 décembre 2000.

b) Le 28 juin 1985, l'assuré a fait une chute d'un toit à la suite de laquelle il a présenté une fracture-tassement de D12 et L1 ainsi qu'une fracture-luxation périlunaire du carpe à droite, traitée par vissage du scaphoïde sans réduction de la luxation dorsale du carpe. Il aurait également présenté une fracture de la clavicule droite selon certaines pièces du dossier (cf. rapports des 31 mars 2017 et 6 février 2019 du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

 Une résection de la première rangée des os du carpe a été effectuée le 26 mai 1986, puis une styloïdectomie radiale le 20 juillet 1992.

 La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge les suites de cet accident et a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % par décision du 19 janvier 1988.

c) Le 2 septembre 1997, l'assuré a glissé alors qu'il descendait d'un camion et s'est tordu l'épaule. Les suites de cet accident ont également été prises en charge par la CNA.

d) Le 15 juin 1998, l'assuré a annoncé une rechute à la CNA du fait qu'il présentait une épaule droite gelée. Le traitement a été terminé en juillet 1998 et l'assuré a pu reprendre son travail à plein temps le 29 septembre 1998.

e) En 1999, la CNA a été avisée d'une rechute de l'accident de 1985. A l'issue de son examen médical du 11 novembre 1999, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement à la CNA, a constaté la présence d'un syndrome dorso-lombaire important et estimé qu'une reprise du travail comme chauffeur de camion était probablement exigible après la fin du traitement de physiothérapie.

f) Le 8 août 2001, l'assuré a consulté en urgence en raison de douleurs à l'épaule droite et les radiographies réalisées ont mis en évidence de l'arthrose.

g) Le 22 février 2007, l'assuré a annoncé une rechute de l'accident de septembre 1997. Une prothèse d'épaule droite a été mise en place le 27 août 2007 en raison d'une omarthrose. La CNA a d'abord refusé de prendre en charge cette intervention, estimant qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident et les troubles existant alors à l'épaule droite, puis s'est ravisée au motif que l'omarthrose était unilatérale. Le recours qui avait été interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition de la CNA du 8 janvier 2008 a été rayé du rôle par jugement du Tribunal des assurances du 24 juin 2008 (AA 15/08 - 61/2008).

h) En date du 23 janvier 2012, l'assuré s'est fait agresser par un passager du bus qu'il conduisait et a présenté des douleurs à l'épaule gauche. Une arthro-IRM réalisée le 10 avril 2012 a montré une omarthrose à gauche.

Le 5 février 2014, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil à la CNA, a estimé que l'accident du 23 janvier 2012 n'avait fait qu'aggraver transitoirement un état antérieur et qu'il ne déployait plus d'effets puisque l'état de l'épaule gauche était satisfaisant et que l'assuré travaillait à plein temps dans son activité habituelle.

A la suite d'un rapport du 22 mars 2014 du Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, qui estimait que l'assuré

souffrait des suites tardives de l'accident du 28 juin 1985, la CNA a indiqué à l'assuré, dans un courrier du 1^{er} avril 2014, qu'elle continuerait à prendre en charge le cas comme suite de cet accident.

i) Par déclaration du 23 mai 2017, l'assuré a annoncé une nouvelle rechute à partir du 30 mars 2017 dans le cadre de douleurs importantes à l'épaule droite, qu'il mettait en relation avec l'accident du 28 juin 1985.

Dans un rapport du 31 mars 2017, le Dr R. _____ a conclu à une subluxation postérieure et une usure glénoïdienne marquée de l'épaule droite, ainsi qu'à une importante arthrose gléno-humérale de l'épaule controlatérale.

Une IRM de la colonne lombaire du 11 juillet 2017 a montré des discopathies étagées lombaires sans rétrécissement canalaire ou foraminal significatif décelé, une hernie discale paramédiane droite au niveau L5-S1 luxée vers le bas, arrivant en contact avec la racine S1 droite au niveau de son récessus, sans effet de masse significatif associé faisant faiblement suspecter un conflit disco-radicaire, et une cunéiformisation antérieure séquellaire de D12 et L1 sans remaniement inflammatoire associé.

Les 28 août et 6 septembre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge « les suites de [son] accident professionnel du 2 septembre 1997 ».

Le 23 octobre 2017, une pose de prothèse totale de l'épaule droite a été réalisée en lieu et place de l'hémi-prothèse. Celle-ci a été prise en charge par la CNA en lien avec le sinistre de 1997.

Selon un rapport du 31 mai 2018 du Dr R. _____, l'assuré souffrait d'une omarthrose gauche avec usure glénoïdienne et subluxation postérieure statique pour laquelle une pose de prothèse totale était également prévue.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité le 19 août 2018.

L'assuré a été examiné le 28 août 2018 par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Celui-ci ne pensait pas que l'omarthrose bilatérale soit consécutive aux accidents assurés, notamment à celui du 28 juin 1985, mais estimait qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur les garanties de prise en charge qui avaient été données au patient, tant pour l'épaule droite que pour l'épaule gauche. Une reprise de l'activité habituelle n'était guère envisageable puisque le traitement était loin d'être terminé, le patient avançait en âge et avait des séquelles au poignet droit et au dos de l'accident du 28 juin 1985. Le Dr L._____ a relevé que l'assuré avait travaillé pendant de nombreuses années au-delà de ce qui était médicalement exigible.

Une prothèse totale d'épaule gauche par implant inversé avec glène compensée a été mise en place le 30 janvier 2019. Celle-ci a été prise en charge par la CNA en lien avec l'accident de 1985.

A la suite d'une visite médicale du 14 janvier 2020, le Dr L._____ a fait savoir que la situation n'était pas stabilisée, que l'assuré avait une recrudescence des douleurs au niveau du poignet droit et que son épaule gauche lui faisait à nouveau mal.

Le 16 janvier 2020, l'assuré a rempli une nouvelle déclaration de rechute en lien avec son poignet droit.

Dans une appréciation médicale sans examen du 3 avril 2020, le Dr L._____ a indiqué qu'un bilan radiologique avait montré une arthrose sévère du poignet droit expliquant les douleurs, mais que le patient ne souhaitait pas d'arthrodèse. La situation était donc manifestement stabilisée. Il notait un résultat tout à fait correct au niveau des épaules, avec une bonne progression des amplitudes articulaires, une bonne force globale, mais des rotations qui restaient limitées. Les

limitations fonctionnelles définitives étaient les charges moyennes, surtout le bras en porte-à-faux et les mouvements en hauteur. Comme le patient présentait également une raideur douloureuse du poignet droit, il fallait qu'il s'oriente vers une activité privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel. Dans une telle activité, une pleine capacité de travail était attendue. Le Dr L. _____ a estimé pour l'atteinte à l'intégrité qu'un taux de 15 % pouvait être retenu selon la table 1 pour chaque épaule puisqu'elles étaient mobiles jusqu'à l'horizontale. Compte tenu de la bilatéralité des lésions, il a renoncé à effectuer une pondération avec l'indemnité de 15 % qui avait déjà été octroyée en 1988 pour le poignet droit, et qui concernait également le membre supérieur droit. Il a rappelé qu'une indemnité de 15 % avait été octroyée pour le dos. L'atteinte à l'intégrité totale se montait donc à 60 %, ce qui rendait compte de l'ampleur et de la disparité des séquelles.

Le 8 avril 2020, le Dr L. _____ a considéré que l'invalidité était due pour deux tiers au sinistre de 1985 et pour un tiers à celui de 1998 [recte : 1997].

Le 8 avril 2020 également, l'assuré a été informé par téléphone que le médecin d'arrondissement n'allait pas le voir le 28 avril 2020 comme prévu en raison de l'épidémie de Covid-19 et qu'il s'était donc prononcé sur la base des pièces médicales au dossier.

Par courrier du même jour, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2020.

L'assuré s'est opposé à ce courrier le 17 avril 2020, au motif qu'il n'avait pas été examiné par un médecin de la CNA et qu'une opération était nécessaire pour son poignet.

Le 15 mai 2020, le Dr L. _____ a confirmé qu'il convenait de prendre en charge l'intervention projetée au poignet droit, qui pourrait significativement atténuer les douleurs, comme mentionné par le Dr

K._____, spécialiste en chirurgie de la main, chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, dans son rapport du 11 mai 2020.

Le 22 mai 2020, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle annulait son courrier du 8 avril 2020.

Une arthrodèse du poignet droit avec greffe osseuse et une ostéosynthèse ont été réalisées le 24 juin 2020.

Selon le rapport de la consultation ambulatoire du 6 octobre 2020 au F._____, (ci-après : F._____) auprès du Dr K._____, l'assuré était très content du résultat. Il n'avait par moment plus aucune douleur au repos et pouvait éplucher des légumes avec prudence.

Par décision du 16 novembre 2020, la CNA a versé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire de 30 %.

Le 27 novembre 2020, l'assuré a indiqué à la CNA qu'il allait retourner en consultation pour son épaule gauche, qui lui faisait de plus en plus mal.

Dans un rapport du 3 décembre 2020, le Dr R._____ a conclu à l'existence d'une arthropathie acromio-claviculaire gauche, ainsi qu'à des status après interventions aux deux épaules. Il était prévu de poursuivre le traitement conservateur et de procéder à une infiltration en cas de persistance des douleurs.

Lors de la consultation ambulatoire du 4 décembre 2020, le Dr K._____ a observé une situation stable, avec encore un manque de force marqué, mais les douleurs avaient diminué. Le 5 février 2021, l'assuré présentait encore quelques douleurs occasionnelles. Le 25 mars 2021, le Dr K._____ a constaté que l'arthrodèse était consolidée et qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse était à prévoir pour éviter une synovite des extenseurs.

Le 1^{er} février 2021, l'assuré a atteint l'âge légal de la retraite.

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a eu lieu le 27 septembre 2021.

Par décision du 26 octobre 2021, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2019 au 31 janvier 2021.

Lors de la consultation ambulatoire du 2 novembre 2021 auprès du Dr K._____, l'assuré a indiqué présenter des douleurs occasionnelles et continuer d'éviter toute sollicitation mécanique autre que très légère du membre supérieur droit.

Dans une appréciation du 9 novembre 2021, la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, médecin d'arrondissement à la CNA, a considéré que dans une activité adaptée, l'assuré avait une pleine capacité de travail sans diminution de rendement, ses limitations fonctionnelles étant l'absence de port de charges supérieures à 2,5-5 kg de manière répétée et de mouvements extrêmes ou répétitifs du poignet droit. L'arthrodèse radiocarpienne justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

Par courrier du 10 novembre 2021, la CNA a communiqué à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2021, la poursuite du traitement médical n'étant pas à même d'apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident.

Questionnée sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles induites par les deux accidents des 28 juin 1985 et 2 septembre 1997, la Dre Q._____ a fait l'appréciation suivante le 25 janvier 2022 :

« Epaule D [droite] : selon mon analyse, cas non SUVA. L'IRM de l'épaule D du 01.03.2007 ne montre que des troubles dégénératifs et aucune atteinte traumatique ostéo-ligamentaire, avec une coiffe des rotateurs compétente.

Aucun dossier médical concernant l'épaule G [gauche].

Pour répondre à votre demande d'élaboration de limitations fonctionnelles :

Poignet D :

- Pas de port de charge répétée de plus de 5-10 kg
- Pas de mouvement extrême du poignet
- Pas de pronation-supination répétée
- Pas de choc et vibration répété

Colonne dorso-lombaire :

- Pas de port de charge répétée de plus de 5-10 kg
- Pas de mouvement de flexion-extension du tronc.

Epaules :

- Pas de port de charge répétée de plus de 5-10 kg
- Pas de mouvements au-dessus de l'horizontale
- Pas de mouvements en porte-à-faux
- Pas de mouvements extrêmes des épaules

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, l'assuré a pleine capacité et plein rendement. »

Par décision du 8 février 2022, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 12 % dès le 1^{er} janvier 2022 ensuite des accidents des 28 juin 1985 et 2 septembre 1997, calculée sur un gain assuré de 74'247 francs. Elle a estimé, sur la base des données salariales statistiques et en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles, qu'il était en mesure de réaliser un revenu de 62'155 fr. qui, comparé au revenu sans invalidité de 70'714 fr., entraînait une perte de 12 %.

Le 1^{er} mars 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision, contestant le calcul du gain assuré et l'abattement de 10 %. Il a également sollicité une réévaluation de son indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a précisé que ses douleurs persistaient, qu'elles l'empêchaient de dormir et limitaient fortement ses mouvements au niveau du dos et des épaules.

Par décision sur opposition du 3 mars 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, en tant qu'elle était recevable, et confirmé sa décision du 8 février 2022. Elle a jugé que les conclusions

relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dépassaient le cadre de la décision querellée. Elle a fourni des explications sur la manière dont le gain assuré avait été calculé et a considéré que l'abattement de 10 % était une estimation bienveillante dans la mesure où un marché du travail équilibré offrait à l'assuré de nombreuses possibilités pour mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail.

A la question de savoir si la continuation de traitements médicaux était nécessaire pour conserver la capacité de gain, la Dre Q. _____ a indiqué, dans une note du 21 mars 2022, que l'état de l'assuré était stabilisé puisque les atteintes dataient toutes de plus de deux ans. Des séances de physiothérapie pourraient être considérées de manière intermittente si les amplitudes articulaires devaient s'aggraver avec le temps, mais un justificatif médical serait nécessaire.

Dans un rapport du 27 mai 2022, le Dr R. _____ a relevé que l'assuré se plaignait encore de tensions au niveau des trapèzes et des deux épaules, pour lesquelles de la physiothérapie était indiquée. Il a relevé qu'une infiltration était à programmer compte tenu des douleurs acromio-claviculaires gauches présentées par l'assuré.

Le 7 juin 2022, la Dre Q. _____ a estimé que trois séries de neuf séances de physiothérapie pouvaient être prises en charge pour 2022 pour les deux épaules, ainsi que trois infiltrations au maximum. Elle a précisé que le traitement serait probablement à poursuivre à vie.

B. Par acte du 31 mars 2022 (date du timbre postal), J. _____ a recouru contre la décision sur opposition de la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à la poursuite de la prise en charge des indemnités journalières et frais de traitement, respectivement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Il a reproché à la CNA de ne pas l'avoir consulté avant de rendre sa décision d'octroi de rente de 12 %. Il a estimé que la décision de la CNA n'était pas fondée car elle avait été rendue sans qu'il soit examiné par un

médecin d'arrondissement et se basait sur des statistiques et investigations économiques. Il a fait valoir que son état de santé s'était considérablement détérioré depuis 2018 en raison des opérations subies et qu'il avait des problèmes qui s'étaient récemment déclarés au niveau des vertèbres à la suite de ses accidents.

Il a produit de nombreuses pièces médicales, figurant déjà dans son dossier pour la majorité. Il résulte de la consultation ambulatoire au F._____ auprès du Dr K._____ du 1^{er} février 2022 que des douleurs persistaient à la face dorsale de la main aux efforts et à l'appui. Lors de celle du 15 mars 2022, le recourant s'est plaint de lâchages d'objets à plusieurs reprises et de douleurs parfois sur le versant dorsal du poignet droit. Le Dr K._____ n'avait pas trouvé d'explication aux lâchages, il n'y avait pas de troubles neurologiques clairs. Il a précisé qu'une douleur résiduelle était attendue et qu'il n'y avait rien à faire. Il a également noté ce qui suit : « Suva estime incapacité à 10% ce qui me semble peu étant donné qu'arthrodèse poignet est à 15%, et ceci ne tient pas compte des épaules ».

Le 13 mai 2022, le recourant a transmis les résultats d'une IRM lombaire effectuée le 22 mars 2022 dans le cadre de lombalgies récidivantes associées à une paresthésie. Celle-ci a mis en évidence une absence de discopathie significative, un antécédent fracturaire de D12 et L1 ancien, l'absence de canal lombaire étroit, un remaniement discarthrosique oedémateux de L2-L3, L3-L4 et L4-L5, et une zygarthrose avec des discrets signes inflammatoires en L3-L4 à droite.

Dans sa réponse du 2 juin 2022, la CNA a rappelé que, selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base du dossier avait pleine valeur probante si celui-ci restituait une image complète de la situation. Elle a estimé que l'avis de la Dre Q._____ du 25 janvier 2022 se fondait sur un dossier médical extrêmement étayé avec des rapports complets comprenant l'amplitude de chaque articulation, lesquels avaient été complétés par des avis spécialisés de médecins ayant examiné le recourant, comme le Dr R._____, spécialiste de l'épaule, ou encore le Dr

K._____, spécialiste de la main. Elle a relevé que le recourant n'apportait aucun élément objectif et pertinent susceptible de remettre en question les conclusions de la Dre Q._____, que celle-ci avait pris soin de développer dans une appréciation médicale du 24 mai 2022 transmise en annexe. La Dre Q._____ a notamment observé que l'IRM lombaire du 22 mars 2022 ne montrait aucune progression au niveau des traits de fractures et mettait uniquement en évidence l'apparition de troubles dégénératifs. La CNA a par ailleurs précisé que l'utilisation des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) était prévue par la jurisprudence.

Dans son appréciation médicale du 24 mai 2022, la Dre Q._____ a maintenu que l'assuré avait une pleine capacité de travail et de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à savoir pour le rachis dorso-lombaire, l'absence de port répété de charges de plus de 5-10 kg, de mouvements répétés de flexion/extension du tronc et de mouvements en porte-à-faux, pour le poignet droit, l'absence de port répété de charges de plus de 5-10 kg, de mouvements extrêmes du poignet, de pronation/supination répétées, de chocs et vibrations répétés, et pour les deux épaules, l'absence de port répété de charges de plus de 5-10 kg, de mouvements au-dessus de l'horizontale, de mouvements en porte-à-faux et de mouvements extrêmes des épaules. Elle qualifie finalement l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée comme extrêmement généreuse.

Dans sa réplique du 21 juin 2022, le recourant a indiqué que son état de santé ne restait pas stationnaire, mais se dégradait de plus en plus au fil du temps, avec des épaules très douloureuses pour lesquelles des infiltrations étaient envisagées, une colonne vertébrale douloureuse qui l'empêchait de tenir assis ou debout longtemps et un poignet droit très limité par sa fragilité et dont certains mouvements étaient bloqués. Selon lui, la capacité de travail de 90 % retenue par la CNA était totalement infondée étant donné que dans son métier, le dos et les épaules étaient très fortement sollicités.

Par duplique du 11 juillet 2022, la CNA a précisé que le revenu d'invalidé pris en compte était en rapport avec une activité lucrative adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues, dans laquelle la capacité de travail du recourant était de 100 %.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents dans le cadre de la rechute annoncée à partir du 30 mars 2017 en lien avec les accidents des 28 juin 1985 et 2 septembre 1997, singulièrement sur la stabilisation de son état de santé et son droit à la rente.

Comme relevé par la CNA dans la décision sur opposition, le présent litige ne porte en revanche pas sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée au recourant. Ce dernier a été mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire par décision séparée de la CNA du 26 octobre 2021, laquelle n'a pas été contestée.

3. a) Il convient de préciser à titre liminaire que la rechute annoncée concerne les accidents des 28 juin 1985 et 2 septembre 1997, lesquels se sont produits postérieurement à l'entrée en vigueur de la LAA, le 1^{er} janvier 1984, si bien que cette dernière est applicable (art. 118 al. 1 LAA).

Cela étant, dans la mesure où les accidents sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 de la LAA, le 1^{er} janvier 2017, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour la rechute de ces événements est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; TF 8C_807/2019 du 1^{er} février 2021 consid. 3).

b) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1).

En l'espèce, la LPGA est applicable puisque l'état de fait juridiquement déterminant, à savoir la rechute, s'est produit après son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 329 ; 130 V 445).

4. En tant qu'il reproche à la CNA de ne pas l'avoir consulté avant de rendre sa décision, le recourant fait implicitement valoir une violation de son droit d'être entendu.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 et références citées).

Pour la procédure devant les assureurs, l'art. 42 LPGA garantit le droit d'être entendu des parties. Cette disposition précise cependant qu'il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition.

b) En l'espèce, étant donné que la décision du 8 février 2022 était susceptible d'opposition, la CNA n'avait pas l'obligation d'entendre le recourant avant de statuer. Celui-ci a d'ailleurs pu faire valoir ses arguments dans son opposition. Son droit d'être entendu n'a par conséquent pas été violé. Le recourant a par ailleurs pu formuler ses critiques à l'encontre de la décision de la CNA dans le recours qu'il a déposé auprès de la Cour de céans, qui dispose d'un plein pouvoir de cognition (cf. à ce sujet ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1).

S'agissant du grief du recourant relatif à l'absence de nouvel examen médical par un médecin d'arrondissement après 2018, celui-ci a trait à l'appréciation des preuves et sera examiné ci-dessous avec le fond du litige.

5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes

et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3).

c) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée, qui correspond à la différence entre 90 % du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle (art. 20 al. 2 LAA).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime,

sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. **a)** Dans ses écritures, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé. Il fait valoir que ce dernier se dégrade de plus en plus au fil du temps et qu'il a des problèmes qui se sont récemment déclarés aux vertèbres, liés à ses accidents.

b) Le rapport de l'IRM lombaire du 22 mars 2022 qu'il produit ne montre cependant pas de nouvelles atteintes, si ce n'est des troubles dégénératifs, comme le souligne également la Dre Q._____ dans son appréciation du 24 mai 2022. Le recourant n'a par ailleurs pas transmis de rapport médical qui attesterait de l'absence de stabilisation de la situation au niveau dorso-lombaire.

Les rapports des consultations ambulatoires auprès des Drs R._____ et K._____ permettent en outre d'établir que la situation est stabilisée au niveau des épaules et du poignet droit. Lors de la consultation ambulatoire du 22 octobre 2019, le Dr R._____ a constaté une bonne évolution à la suite des interventions aux deux épaules et ne prévoyait un prochain contrôle qu'en 2021. L'assuré est revenu pour un contrôle intermédiaire le 25 février 2020, car il souffrait parfois de douleurs médéodépendantes. Le Dr R._____ a cependant constaté une situation sans changement et ne prévoyait un prochain contrôle que deux ans plus tard. A noter que dans son appréciation du 3 avril 2020, rendue alors que l'assuré ne souhaitait pas d'arthrodèse au poignet, le Dr L._____ avait, s'agissant des épaules, indiqué que la situation était manifestement stabilisée.

Le rapport du Dr R._____ du 27 mai 2022, dans lequel il prescrit des séances de physiothérapie au niveau des deux épaules et des trapèzes et prévoit une infiltration pour les douleurs au niveau acromio-claviculaire gauche ne permet pas d'aller à l'encontre de la stabilisation du cas. Ce médecin avait en effet déjà noté la présence d'une arthropathie acromio-claviculaire gauche dans son rapport du 1^{er} décembre 2020, tout

en constatant, sur la base de la radiographie réalisée, que les implants prothétiques étaient en place. Il préconisait ainsi la poursuite du traitement conservateur et prévoyait une infiltration en cas de persistance des douleurs, tandis qu'en cas d'évolution favorable, le patient ne serait revu que deux ans plus tard. Il ressort du rapport de consultation du 12 octobre 2021 que l'infiltration prévue ce jour-là n'a pas eu lieu, en l'absence de douleurs à ce moment-là. Il était prévu que le patient reprenne contact en fonction des douleurs. L'apparition régulière mais sporadique de douleurs au niveau des épaules ne va ainsi pas à l'encontre de la stabilisation du cas.

Quant au poignet droit, lors de la consultation du 1^{er} février 2022, le Dr K. _____ a fait état d'une situation stable, malgré la persistance de douleurs. Il a estimé que l'évolution était globalement favorable et a précisé qu'il n'avait pas de traitement à proposer pour les douleurs résiduelles. Aucun nouveau contrôle n'était prévu, le recourant étant invité à revenir en consultation en cas de souci.

Au vu de ce qui précède, la CNA était fondée à considérer que la situation était stabilisée et à mettre fin au paiement des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical au 31 décembre 2021.

c) Il convient de relever que la prise en charge par la CNA de séances de physiothérapie et d'infiltrations par courrier du 7 juin 2022 s'est faite sur la base de l'art. 21 LAA, qui règle précisément les cas dans lesquels des prestations pour soins et des remboursements de frais sont alloués lorsque la rente a été fixée. Il s'agit en l'occurrence de traitements médicaux supplémentaires permettant au recourant de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain. Ceux-ci ne remettent pas en cause la stabilisation de l'état de santé.

7. Dans un autre grief, le recourant conteste la capacité de travail de 90 % retenue par la CNA, qu'il estime totalement infondée du fait que le dos et les épaules sont très fortement sollicités dans son

métier. Dans la duplique, la CNA précise qu'elle a conclu à l'existence d'une capacité de travail de 100 % sans diminution de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et non pas de 90 % dans l'activité habituelle du recourant. Elle relève que c'est l'abattement appliqué sur le revenu d'invalidé qui est de 10 %. Il faut en effet constater une certaine confusion à cet égard, y compris dans l'appréciation du Dr K._____ du 15 mars 2022 qui parle d'une incapacité de 10%, ce qui lui semble peu étant donné qu'une « arthrodèse poignet est à 15 % ». Il s'agit-là semble-t-il d'une nouvelle confusion, cette fois-ci entre le taux d'incapacité de travail et le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison de l'arthrodèse du poignet. Comme déjà mentionné (cf. consid. 2 *supra*), la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne fait pas partie de l'objet du litige.

Le recourant reproche notamment à la CNA d'avoir statué sur son droit à la rente sans avoir procédé à un examen clinique. Dans son opposition, il relevait à cet égard qu'il avait été convoqué pour un examen par le médecin d'arrondissement le 28 avril 2020, rendez-vous qui a ensuite été annulé dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Le Dr L._____ a alors établi une appréciation médicale sans examen en date du 3 avril 2020. La Dre Q._____, à qui la CNA s'est par la suite adressée pour les questions médicales, n'a pas jugé utile d'examiner le recourant. Dans ses écritures, la CNA considère que l'appréciation médicale de la Dre Q._____ a pleine valeur probante malgré l'absence d'examen clinique. Elle se réfère à cet égard à une jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle un rapport médical établi sur la base du dossier a pleine valeur probante si celui-ci restitue une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel, et que ces données sont incontestées ; les résultats de l'examen doivent être exempts de lacunes afin que l'expert soit en mesure de se faire une image complète de la situation sur la base des documents disponibles (TF 8C_397/2019 du 6 août 2019 consid. 4.3). Or, en l'occurrence, l'avis de la Dre Q._____ du 25 janvier 2022 ne se fondait pas sur un dossier complet puisqu'elle relevait explicitement qu'il n'y avait aucun dossier médical concernant l'épaule gauche. Les pièces médicales relatives à l'épaule gauche existaient bel et bien, d'ailleurs la

Dre Q._____ les énumère dans sa nouvelle appréciation établie le 24 mai 2022, mais il semble qu'elle n'en a pas eu connaissance lors de sa première appréciation vraisemblablement du fait que les documents médicaux sont répartis dans les différents dossiers relatifs aux accidents du recourant. Dans son appréciation du 25 janvier 2022, la Dre Q._____ ne se réfère par ailleurs qu'à l'accident de 1985 sans faire mention de celui de 1997. Son avis est en outre extrêmement succinct, puisqu'elle ne fait que relever les diagnostics posés et les interventions effectuées avant de conclure à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'elle énumère.

Certes, pour son appréciation du 24 mai 2022, la Dre Q._____ a eu connaissance de l'ensemble des pièces du dossier médical du recourant et elle a procédé à une évaluation plus détaillée des différentes atteintes à la santé. Il faut cependant relever que cette appréciation n'est intervenue qu'au stade de la procédure de recours alors qu'un avis complet et motivé aurait dû être établi avant que la décision statuant sur le droit à la rente ne soit rendue, respectivement avant la décision sur opposition. Quoi qu'il en soit, l'appréciation de la Dre Q._____ du 24 mai 2022 n'apparaît de toute manière pas suffisamment convaincante.

La Dre Q._____ ne saurait en effet être suivie lorsqu'elle indique qu'un examen clinique ne se justifiait pas « en raison d'un dossier médical extrêmement étayé avec des rapports complets comprenant l'amplitude de chaque articulation », se référant aux rapports établis par les Drs R._____ et K._____ (appréciation du 24 mai 2022 p. 8). Il ne s'agit en effet pas de « documents extrêmement exhaustifs [qui] se suffisent à eux-mêmes » comme l'allègue la Dre Q._____, mais de simples rapports de consultations ambulatoires au F._____, très succincts. Les rapports du Dr R._____ contiennent certes l'amplitude des épaules en flexion, abduction ainsi que rotation externe et interne, mais ne se prononcent pas sur la force des membres supérieurs, élément qui avait pourtant été examiné par le Dr L._____ en avril 2018. Les derniers rapports du Dr K._____ ne mentionnent quant à eux que les résultats du

test de Jamar et on ignore l'amplitude exacte du poignet après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le Dr K. _____ notant seulement qu'il n'y avait pas de fausse mobilité (cf. consultation du 2 novembre 2021). Les rapports des Drs R. _____ et K. _____ ne constituent en outre pas des rapports complets sur lesquels la Dre Q. _____ pouvait se fonder puisqu'aucun de ces deux médecins ne se prononce sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ni sur ses limitations fonctionnelles. Le Dr R. _____ indique uniquement que l'arrêt de travail de 100 % dès le 30 janvier 2019 sera probablement définitif. Le contenu des rapports des Drs R. _____ et K. _____ n'apparaît dès lors pas propre à justifier la conclusion - prise en dehors de tout examen clinique par la Dre Q. _____ - selon laquelle le recourant aurait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Les Drs R. _____ et K. _____ ont par ailleurs tous deux souligné la persistance de douleurs chez le recourant. Le Dr R. _____ a d'ailleurs sollicité de la CNA la prise en charge de séances de physiothérapie et d'infiltrations pour les douleurs aux épaules et dans la région acromio-claviculaire gauche, dans son rapport du 27 mai 2022. Or, la Dre Q. _____ ne se prononce pas sur l'éventuel impact des douleurs sur la capacité de travail et de rendement du recourant.

La Dre Q. _____ ne se prononce pas non plus sur les précédentes appréciations rendues par le Dr L. _____. Dans celle du 18 août 2018, ce médecin relevait que la reprise de l'activité habituelle n'était guère envisageable notamment compte tenu des séquelles au poignet et au dos, et qu'il fallait bien reconnaître que l'assuré avait travaillé pendant de nombreuses années au-delà de ce qui était médicalement exigible. Or, à suivre les conclusions de la Dre Q. _____, l'activité de chauffeur de bus ou poids lourd serait exigible à 100 %, dès lors que les limitations fonctionnelles qu'elle retient n'apparaissent pas incompatibles avec une telle activité. Ce faisant, elle s'écarte également de l'indication, certes succincte, donnée par le Dr R. _____ qui mentionnait un arrêt de travail complet, vraisemblablement définitif. En 2018, le Dr L. _____ avait évoqué qu'un séjour à la Clinique romande de

réadaptation (CRR) serait peut-être utile pour préciser les limitations fonctionnelles. Dans son appréciation du 3 avril 2020, le Dr L. _____ s'est référé à l'examen de l'assuré auquel il avait procédé en janvier 2020 et a retenu, s'agissant des épaules, que les limitations fonctionnelles définitives étaient les charges moyennes, surtout les bras en porte-à-faux et les mouvements en hauteur. Comme le patient présentait alors une raideur douloureuse du poignet droit, le Dr L. _____ estimait nécessaire qu'il s'oriente vers une activité privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel. Il a ensuite indiqué que dans une telle activité, une pleine capacité de travail était attendue. Il n'est cependant pas clair de savoir si son appréciation portait uniquement sur les atteintes aux épaules et au poignet, ou sur l'ensemble des troubles présentés par le recourant.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, les appréciations de la Dre Q. _____ n'apparaissent dès lors pas suffisamment convaincantes.

8. Compte tenu des pièces au dossier et de la situation médicale en cause - qui comporte plusieurs atteintes -, la CNA ne pouvait en l'occurrence se dispenser de procéder à un examen clinique du recourant afin de pouvoir établir sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles en toute connaissance de cause. La capacité de travail retenue doit en outre être appréciée et motivée au regard des douleurs résiduelles présentées par le recourant, dont l'existence a été reconnue par les différents médecins traitants. L'instruction étant lacunaire, la cause doit par conséquent être renvoyée à la CNA, à qui il appartient en premier lieu d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA). Il conviendra à l'intimée de requérir éventuellement des renseignements médicaux détaillés auprès des médecins traitants, puis d'obtenir une appréciation médicale basée sur un examen clinique du recourant et dont les conclusions seront motivées au regard des avis médicaux au dossier ainsi que des douleurs résiduelles. Etant donné les atteintes à prendre en compte, cet examen devra être confié à un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ou à un spécialiste en médecine physique et réadaptation. La CNA est libre de confier cet examen médical à un

médecin d'arrondissement disposant des qualifications précitées ou de faire réaliser une expertise, si elle l'estime nécessaire. Il incombera ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit à la rente du recourant. Dans ce cadre, l'intimée veillera en particulier à tenir compte de l'art. 20 al. 2 LAA et examinera la question d'une éventuelle surindemnisation.

9. a) Au vu de l'issue du litige, il n'est pas nécessaire d'examiner le calcul du degré d'invalidité auquel la CNA a procédé. L'on peut cependant préciser que, contrairement à ce que soutient le recourant, il est admissible pour l'assureur-accidents de se fonder sur des statistiques économiques.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 4 OLAA, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser.

Pour atteindre son objectif, l'art. 28 al. 4 OLAA commande qu'on calcule le taux d'invalidité sur la base des revenus (sans et avec invalidité) hypothétiques que pourrait obtenir un assuré d'âge moyen, et que - contrairement à l'art. 16 LPGA - on fasse ainsi abstraction de l'incapacité de travail due à l'âge avancé de l'assuré (ATF 148 V 419 consid. 8.5 et les références).

c) En l'occurrence, dans la mesure où le recourant avait atteint l'âge ordinaire de la retraite au moment de l'ouverture de son droit à la rente, c'est de manière correcte que la CNA a fait application de l'art. 28 al. 4 OLAA et qu'elle a calculé le degré d'invalidité au moyen de revenus hypothétiques, singulièrement en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS.

10. a) En définitive, le recours est partiellement admis.

b) La décision sur opposition du 3 mars 2022 est confirmée en tant qu'elle met fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 décembre 2021 et annulée sur la question du droit à la rente, la cause étant renvoyée à la CNA pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

c) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est partiellement admis.

II. La décision sur opposition rendue le 3 mars 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée en tant qu'elle met fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 décembre 2021 et annulée sur la question du droit à la rente, la cause étant

renvoyée à la CNA pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. J. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :