

GE_GERICHTE ATAS/114/2019 vom 14. Februar 2019

GE Cour de justice, 2019-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_114_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/114/2019 du 14 février 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/114/2019 del 14 febbraio 2019

Erwägungen

E. 23

Le 12 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en faisant valoir que le traitement médical n'était pas terminé. Par ailleurs, il présentait une invalidité suite à l'accident, ne pouvant exercer les activités proposées par le Dr G_____. Le calcul de sa perte de gain violait le principe du parallélisme des revenus et appliquait un taux de réduction insuffisant. Le recourant a également mis en doute le salaire « exigible ». Enfin, il a contesté le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 24

Le 1er novembre 2016, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée, laquelle a mis en évidence "Rupture itérative après réparation de la coiffe aux dépens des tendons supra-épineux et sub-scapulaire, les moignons tendineux des tendons supra-épineux et sub-scapulaire sont à peine reconnaissables, complètement rétractés et on note de plus une infiltration graisseuse de stade IV du muscle sub-scapulaire et de stade I du muscle supra-épineux avec un début d'atrophie volumique. Lésion partielle du versant profond de la partie distale du tendon infra-épineux lequel est encore en continuité."

E. 25

Selon le rapport du 11 novembre 2016 du docteur K_____, généraliste, les limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauche ne pouvaient être réduites par les mesures médicales et il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

A/3057/2016 - 7/22 -

E. 26

Le 21 novembre 2016, l'assuré a complété son recours, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'annulation de la décision du 24 mars 2016 et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 %, sous suite de dépens. Malgré la poursuite d'un traitement de physiothérapie, sa situation s'était subitement détériorée en 2015, lorsqu'il s'était rendu au Kosovo pour rendre visite à sa famille. La conduite d'automobile l'avait fait extrêmement souffrir et il était revenu avec des tendons totalement enflammés. Le rapport de la CRR faisait par ailleurs ressortir que les améliorations étaient très faibles au terme du séjour et que les sensations de douleurs augmentaient lors des thérapies. Au demeurant, les douleurs à la nuque et au dos, ainsi que les sciatalgies ne lui permettaient pas d'exercer les différentes activités proposées. Le recourant a également reproché à l'intimée de n'avoir pas retenu une diminution du rendement, alors même qu'il présentait des limitations fonctionnelles étendues, ne pouvant utiliser son bras droit (recte gauche), et que ses nerfs sciatiques s'enflammaient, s'il restait assis trop longtemps. Il pouvait uniquement exercer une activité

légère à temps partiel, vu sa fatigabilité accrue depuis l'accident et ses douleurs. De surcroît, il avait été longtemps éloigné du marché du travail, ne disposait d'aucune formation, ne parlait ni lisait le français, malgré ses efforts, et présentait un état psychique extrêmement fragile.

E. 27

Le 13 décembre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Les limitations fonctionnelles dues à la discartrhose, à la hernie discale et à la scoliose dorsale étaient sans lien de causalité avec l'accident du 23 août 2012. Le fait que seules des activités légères étaient exigibles, ne permettait pas un abattement supplémentaire selon la jurisprudence en la matière. Au demeurant, les experts mandatés avaient considéré que la capacité de travail était totale. Enfin, l'absence prolongée sur le marché du travail suite à l'accident n'était pas un critère de réduction admise par la jurisprudence ni l'absence de formation ni la méconnaissance de la langue, dès lors que les activités simples et répétitives n'exigeaient pas de bonnes connaissances linguistiques.

E. 28

Le 26 janvier 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions.

E. 29

Après l'apport du dossier de l'OAI ordonné par la chambre de céans, les parties ont également maintenu leurs conclusions.

E. 30

Le 16 mai 2017, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de l'épaule et du coude, médecine du sport, a informé la chambre de céans que le recourant présentait une aggravation de son état depuis l'expertise du 23 septembre 2015 du Dr G_____. Il souffrait d'une épaule gauche pseudo-paralytique. Les douleurs évaluées à 8-9/10 en permanence et 7/10 la nuit l'empêchaient de dormir. Ce médecin a par ailleurs fait savoir à la chambre de céans que le recourant ne présentait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles énumérées par le Dr G_____ dans son expertise. Elle n'a pas répondu à la question de savoir si le recourant présentait une réduction de sa capacité de travail ou de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant au traitement actuel, l'assuré suivait une

A/3057/2016 - 8/22 - physiothérapie, mais n'avait pas besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Des mesures médicales n'étaient pas nécessaires pour empêcher que son état de santé subît une notable détérioration.

E. 31

La Dresse L_____ a joint à sa réponse copie du rapport relatif à une IRM de l'épaule gauche effectuée le 14 février 2017 dont les conclusions sont superposables à celles de l'IRM du 1er novembre 2016.

E. 32

Le 20 juin 2017, l'intimée s'est déterminée sur le rapport de la Dresse L_____. En premier lieu, elle a relevé que l'état de l'épaule à prendre en compte était celui au moment où la décision a été rendue, soit le 24 mars 2016. Il n'était par ailleurs pas mentionné pourquoi il

y a eu une aggravation de l'épaule et si cette aggravation était en relation de causalité avec l'accident. En tout état de cause, cette aggravation n'engendrait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles énumérées par le Dr G_____. Cela étant, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

E. 33

Par écriture du 22 juin 2017, le recourant a relevé que, selon la Dresse L_____, il y avait clairement une aggravation, laquelle a été objectivée par les IRM. Cette détérioration avait une incidence sur la douleur, laquelle avait été évaluée par la Dresse L_____ à 8-9/10 en permanence et 7-10/10 la nuit. En cas de doute sur son invalidité, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

E. 34

Par ordonnance du 11 septembre 2017, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire et l'a confiée à la doctoresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, sous la supervision du docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie.

E. 35

Selon le rapport d'expertise du 22 décembre 2017, le recourant présentait une rupture itérative du tendon du sus-épineux avec rupture complète du tendon du sous-scapulaire avec dégénérescence graisseuse stade IV et omarthrose débutante. A cela s'ajoutait une discarthrose C5-C6, des lombosciatalgies chroniques non spécifiques et une atteinte myélinique sensitive discrète du nerf médian au poignet gauche. Seule l'omarthrose de l'épaule sur rupture persistante du sus-épineux était secondaire à l'accident de manière prépondérante. La dégénérescence du sous- scapulaire était plutôt en rapport avec une lésion antérieure. Depuis l'expertise du Dr G_____ du 23 décembre 2015, l'état de l'épaule gauche s'était aggravé, la mobilité de l'épaule étant actuellement nettement diminuée par rapport à l'examen de cet expert. Par ailleurs, l'arthrose gléno-humérale avait progressé sur les images successives. L'expert judiciaire était dans l'incapacité de répondre à la question de savoir quand l'aggravation s'était produite, celle-ci étant lente et continue. Cette aggravation était en lien avec l'accident et avec une lésion préalable du sous- scapulaire. La cause de l'aggravation était une rupture massive de la coiffe, non réparée, ce qui entraînait très fréquemment une progression des lésions au cours du temps. Il n'avait pas été possible de réparer ces lésions lors de l'intervention de 2014. Le recourant était handicapé dans toutes les activités de la vie quotidienne et

A/3057/2016 - 9/22 - ne pouvait effectuer que des activités uni-manuelles avec le membre supérieur droit. Le type de lésion que présentait le recourant et son évolution pouvaient vraisemblablement être à l'origine d'une douleur importante. Elles entraînaient une diminution du rendement de 25 %. L'expert judiciaire doutait toutefois qu'il existât une activité adaptée, le recourant dépendant de son entourage, même pour les tâches simples du quotidien, était sans formation reconnue en Suisse et ne maîtrisait pas le français. L'évolution actuelle de l'état de l'épaule se faisait vers une omarthrose sur rupture massive de la coiffe. Cette atteinte progressera et, à terme, il faudra envisager la mise en place d'une éventuelle prothèse inversée d'épaule. L'état n'était ainsi pas stabilisé. Quant au taux d'atteinte à l'intégrité, il était de 25 %.

E. 36

Par écriture du 7 février 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions, mettant en exergue que son état s'était aggravé depuis l'expertise du Dr G_____ avec une augmentation de l'atteinte à l'intégrité de 15 à 25 %. L'état n'était par ailleurs pas stabilisé, si bien que la situation allait continuer à se dégrader. Par ailleurs, il était handicapé dans toutes les activités de la vie quotidienne. Les douleurs engendraient selon l'expertise une diminution du rendement de 25 %. De l'avis du recourant, l'expertise ne mettait pas en cause le lien de causalité entre l'accident et l'aggravation, même si l'expert a mentionné que l'impossibilité de réparer les lésions lors de l'intervention de 2014 était à l'origine de l'aggravation de l'état de l'épaule. Il subissait par ailleurs actuellement une nouvelle aggravation de son état de santé qu'il était en train d'investiguer avec son médecin traitant. En effet, les douleurs à l'épaule droite et au dos augmentaient.

E. 37

Par écriture du 13 février 2018, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Elle a mis en exergue qu'il n'était pas prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'aggravation de l'état de l'épaule fût déjà présente à la date de la décision sur opposition.

E. 38

Le 14 mars 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions et a renoncé à se prévaloir de l'aggravation récente de son état de santé, celle-ci n'ayant pas pour l'instant d'incidence grave sur sa capacité de gain.

E. 39

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/3057/2016 - 10/22 - 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. L'objet de la cause est la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assureur-accidents, s'il présente une atteinte à l'intégrité supérieure à 15% et s'il peut prétendre à la continuation du traitement médical, étant précisé que le recourant a persisté dans ses dernières écritures dans l'intégralité de ses conclusions prises dans son recours du 12 septembre 2016 et le complément de recours du 21 novembre 2016. 4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque

A/3057/2016 - 11/22 - l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). d. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral

8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2). 6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

A/3057/2016 - 12/22 - b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 8. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à

mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de

A/3057/2016 - 13/22 - l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 9. En l'occurrence, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée sans diminution de rendement. a. Outre les limitations fonctionnelles étendues au bras gauche, dont le lien de causalité avec l'accident est admis par les parties, le recourant se plaint également de douleurs de nuque, au dos et d'une sciatgie. Dans le rapport relatif à la réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR, il est relevé que ces douleurs l'empêchent de suivre correctement les différentes activités proposées. Se pose dès lors en premier lieu la question de savoir si les atteintes à la nuque et au dos, ainsi que la sciatgie ont un lien de causalité avec l'accident. Le Dr G_____ a retenu dans ses expertises uniquement les problèmes de l'épaule gauche comme cause de l'accident. Il a ainsi nié le lien de causalité naturelle entre l'accident et la cervicarthrose avec hernie discale C5-C6, les lombalgies chroniques non spécifiques et l'hyperlaxité morphologique. Quant à l'expert judiciaire, il a également admis un lien de causalité avec l'accident uniquement avec l'omarthrose sur rupture persistante du sus-épineux. Par ailleurs, trois ans et demi après l'accident, une aggravation passagère des atteintes préexistantes à l'accident doit également être niée en vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière exposée ci-dessus. En effet, des lombalgies et des lombosciatgies retrouvent en principe leur statu quo après trois ou quatre mois. Pour la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint au plus tard après un an. Ainsi, les atteintes autres que celles se rapportant à l'épaule gauche ne peuvent être prises en considération pour l'évaluation de la capacité de travail en rapport avec l'accident. Il ne peut par conséquent être tenu compte de la sciatgie et des douleurs lombaires, lorsque le recourant reste assis longtemps, ni de la fatigabilité accrue depuis l'accident et de son état psychologique fragile. b. Concernant l'épaule gauche, le Dr G_____ constate dans ses expertises, que l'accident est la seule cause des atteintes à cette articulation. Dans son expertise du 23 décembre 2015, il considère que, à deux ans de l'intervention chirurgicale et en l'absence de progrès en rééducation depuis plusieurs mois, l'état doit être considéré comme stabilisé. Il y a une limitation pour toute activité nécessitant l'utilisation prolongée du bras au-dessus du plan de l'épaule, le port de charges lourdes répétitif de plus de 5 à 10 kg et l'utilisation du bras en porte-à-faux. L'épaule reste raide. La capacité de travail dans l'activité antérieure est nulle, mais entière dans une activité adaptée, sans limitation du rendement. L'atteinte à l'intégrité est de 15 %. Dans l'expertise judiciaire, les experts posent les diagnostics de rupture itérative du tendon du sus-épineux, de rupture complète du tendon du sous-scapulaire avec dégénérescence graisseuse stade IV et omarthrose débutante. L'état de l'épaule

A/3057/2016 - 14/22 - gauche s'est aggravé depuis l'expertise du Dr G_____ en septembre 2015, le recourant présentant une mobilité nettement diminuée par rapport à cette expertise. Par ailleurs, l'arthrose gléno-humérale progresse sur les images successives. Il s'agit d'une aggravation lente et continue qui ne peut être datée. Toutefois, cette aggravation ne peut pas être mise en lien seulement avec l'accident, mais est causée également par une lésion préalable du sous-scapulaire. L'expert judiciaire expose par ailleurs qu'une rupture massive de la coiffe, non réparée, entraîne très fréquemment une progression des lésions au cours du temps. En l'occurrence, c'est ainsi l'impossibilité de

réparer les lésions lors de l'intervention de 2014 qui est à l'origine de l'aggravation de l'état de l'épaule. Quant aux limitations, le recourant ne peut exercer que des activités uni-manuelles avec le bras droit. Les douleurs alléguées sont au demeurant compatibles avec la lésion de l'épaule droite et son évolution. Ses douleurs entraînent une diminution de rendement de 25 % dans une activité adaptée. Enfin, l'état de l'épaule évoluera vers une omarthrose sur rupture massive de la coiffe des rotateurs et il faudra envisager, à terme, la mise en place d'une éventuelle prothèse inversée d'épaule. Cela étant, l'expert judiciaire considère que l'état ne peut pas être considéré comme stabilisé. Enfin, l'atteinte à l'intégrité de l'épaule s'élève à 25 %.

10. a. Cette expertise remplit en principe les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ayant été rendue en pleine connaissance du dossier médical, mentionnant les plaintes du recourant, étant fondée sur un examen clinique approfondi et contenant des conclusions cohérentes et motivées. b. L'intimée estime toutefois qu'il n'est pas prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante que l'aggravation de l'état de l'épaule fût déjà présente à la date de la décision sur opposition du 9 août 2016. Certes, il est difficile de dater en l'occurrence cette aggravation. Toutefois, dans ses écritures du 21 novembre 2016, le recourant fait état de ce que son état s'était subitement détérioré en 2015, lorsqu'il s'était rendu au Kosovo. La conduite automobile l'avait fait extrêmement souffrir et il était revenu avec des tendons totalement enflammés. Cette allégation paraît crédible, en l'absence d'indices allant dans le sens contraire. Aussi, il convient d'admettre que l'aggravation était déjà présente à la fin de l'année 2015, respectivement au début de l'année 2016, après le voyage du recourant dans son pays d'origine. c. Par ailleurs, l'intimée conteste que cette aggravation soit en rapport de causalité avec l'accident. Toutefois, selon l'expertise judiciaire, l'aggravation est provoquée, du moins en partie, par l'accident du 23 août 2012. Il est vrai qu'une lésion préalable du sous-scapulaire a également contribué à la progression de l'arthrose gléno-humérale. Toutefois, il n'est pas nécessaire que la lésion liée à l'accident soit la seule cause de l'atteinte à la santé et de l'incapacité de travail. Par ailleurs, les experts judiciaires ont également admis que la cause de l'aggravation était l'impossibilité de réparer les lésions, à savoir également la rupture du tendon du

A/3057/2016 - 15/22 - sus-épineux dont il n'est pas contesté qu'elle est liée à l'accident. Partant, il y a lieu de reconnaître qu'il y a un lien de causalité également avec l'aggravation. Ainsi, il y a lieu de suivre l'expertise judiciaire, en ce qu'elle admet une capacité de travail dans une activité adaptée, pour autant qu'elle existe, avec une diminution de rendement de 25 %.

11. Se pose dès lors la question de savoir si le recourant présente une invalidité du fait qu'il doit changer d'activité professionnelle. a. Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA). L'incapacité de gain est définie comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). b. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16

LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 12. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). a. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on

A/3057/2016 - 16/22 - s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). b. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Toutefois, lorsqu'un assuré réalise un revenu sans invalidité nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (absence de formation, niveau linguistique insuffisant ou difficultés à trouver un travail en raison du permis de séjour), et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu avant invalidité effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalide (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325 s.). Cette jurisprudence a été davantage précisée dans le sens que si la réalisation d'un revenu d'invalide situé dans la moyenne apparaît comme raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique (ATF 135 V 58, consid. 3.4). Le raisonnement à l'origine de cette jurisprudence est le suivant : si un assuré en bonne santé réalise un revenu nettement

inférieur à la moyenne, en raison de sa situation personnelle qui l'empêche d'obtenir un revenu moyen, il n'y a pas lieu de penser que, atteint dans sa santé, cet assuré pourrait réaliser proportionnellement un revenu en ligne avec la moyenne statistique. Cette jurisprudence qui permet de « paralléliser » les revenus tient en substance compte du fait qu'un assuré qui en bonne santé réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne ne pourra vraisemblablement pas, une fois invalide, réaliser le revenu statistique (ATF 135 V 58, consid. 3.4.3).

A/3057/2016 - 17/22 - Notre Haute Cour a par la suite précisé qu'un parallélisme des revenus à comparer n'est justifié que lorsque de revenu de valide est inférieur d'au moins 5% à la moyenne des salaires usuels de la branche. Le parallélisme doit toutefois porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 et 6.1.3 p. 303 s.). c. Lorsque le revenu d'invalide a été déterminé sur la base des statistiques, il y a lieu de procéder cas échéant à un abattement. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Toutefois, lorsque l'assuré est capable de travailler avec une diminution de rendement, celle-ci est déjà prise en considération dans le taux de capacité de travail exigible, si bien qu'il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2017 consid. 9.2). Un abattement des salaires statistiques pris en considération à titre de salaire d'invalide doit également être opéré lorsqu'un parallélisme des revenus à comparer a été effectué. Dans cette hypothèse, les facteurs étrangers à l'invalidité éventuellement déjà pris en considération lors de la mise en œuvre du parallélisme des revenus à comparer ne peuvent cependant pas être pris en considération une seconde fois (ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2 p. 327 s. et 329 s.). 13. En premier lieu, il sied d'examiner si des activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant existent, à savoir un travail ne mettant pas à contribution le bras gauche. Tel a été admis par le Tribunal fédéral, lequel a considéré qu'un marché équilibré du travail offre des activités qui peuvent être effectuées avec un bras, par exemple des activités de surveillance et de contrôle, ainsi que la commande et la surveillance

A/3057/2016 - 18/22 - de machines semi-automatiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2016 du 21 décembre 2016 consid. 5.2.2; 8C_350/2013 du 5 juillet 2013 consid.

3.3; 8C_366/2013 du 18 juin 2013 consid. 4.2). 14. a. S'agissant du calcul de la perte de gain, il n'y a en l'occurrence pas lieu de procéder à un parallélisme des revenus à comparer, en vertu de la jurisprudence précitée. Il appert en effet que le recourant n'a pas réalisé un revenu nettement inférieur à la moyenne de son domaine d'activité. En effet, le salaire sans invalidité était de CHF 44'200.- par an et, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour 2012, le salaire médian dans l'hébergement et la restauration était de CHF 44'760.- (TA1_skill_level p. 35), ce qui représente seulement une différence de 1,25%. b. L'aggravation étant survenue selon toute vraisemblance en 2016, c'est cette année qui doit être prise en considération comme année de référence pour le calcul de la perte de gain. c. Pour le revenu d'invalidité, le salaire de référence est en l'espèce celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétences I) dans le secteur privé, à savoir CHF 63'744.- (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, TA 1). Au regard du large éventail d'activités manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, il doit en effet être admis qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées au handicap du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41, 7 heures en 2014), ce montant doit être porté à CHF 66'453.10. Adapté à l'évolution des salaires entre 2014 et 2016 (indice en 2014 2220 et en 2016 2239), le salaire s'élève à CHF 67'021.80. Avec une diminution de rendement de 25 %, le salaire doit être déterminé à CHF 50'266.40. En raison de la nationalité étrangère et des faibles connaissances en français, il se justifie enfin de procéder à un abattement du salaire statistique de 10 %. Le salaire d'invalidité s'établit ainsi à CHF 45'239.70. d. Quant au revenu sans invalidité, le recourant réalisait en 2012 un revenu annuel brut de CHF 44'200.-. Réactualisé à l'année 2016 (indice 2012 2188), il s'élève à CHF 45'230.20. e. Cela étant, il appert que le recourant ne subit pas de perte de gain, en dépit du fait qu'il est considérablement handicapé et subit une diminution de rendement de 25 %. Partant, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité de l'assureur-accidents. 15. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 15%. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a

A/3057/2016 - 19/22 - droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25

septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico- théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). b. Selon l'art. 36 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b;

A/3057/2016 - 20/22 - RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). c. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). La division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). d. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînant « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b); à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98). Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2ème phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de

plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306). 16. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'une atteinte importante et durable à l'épaule gauche. Avant l'aggravation de son état, le taux de l'atteinte a été établi par le Dr G_____ à 15 %. Les experts judiciaires l'établissent à 25 %. Selon la table 1 établie par la SUVA pour les indemnités pour atteinte à l'intégrité, l'indemnisation est de 15 % pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. La table 5 relative aux atteintes à l'intégrité résultant de l'arthrose, fixe le taux d'indemnisation pour une arthrose gléno-humérale de 5 à 10 %, lorsque l'arthrose est moyenne, et à 10 à 25 %, lorsque l'arthrose est grave.

A/3057/2016 - 21/22 - En l'occurrence, les experts judiciaires ont retenu une omarthrose débutante en continuelle aggravation. A terme, il faudra envisager la mise en place d'une prothèse inversée d'épaule. Cela étant, il y a lieu d'admettre qu'il y a une aggravation prévisible vers une omarthrose grave. Il n'est ainsi pas critiquable de fixer le taux d'atteinte à 25 %. 17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 9 août 2016 réformée dans le sens que le recourant a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %. 18. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui est octroyée à titre de dépens. ***

A/3057/2016 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.