

GE_GERICHTE ATAS/451/2020 vom 10. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_451_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/451/2020 du 10 juin 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/451/2020 del 10 giugno 2020

Erwägungen

E. 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), 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.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune

A/2642/2019 - 20/47 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

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.

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 8 juillet 2019 contre la décision sur opposition du 6 juin 2019 est recevable.

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de la part de l'intimée, en particulier sur l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles psychiques et les accidents assurés, sur le taux de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, ainsi que sur les revenus déterminants pour le calcul du degré d'invalidité. Il porte en outre sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 6

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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 LPGA). 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. L'exigence afférant au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 suffit, qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves

A/2642/2019 - 21/47 - dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul 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. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). L'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique

une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

E. 7

août 2008 consid. 11.6.1 et la référence). Le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3 et 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2).

E. 8

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 LPG), 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.

A/2642/2019 - 26/47 - L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin

interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2.). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins

A/2642/2019 - 27/47 - traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 9

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).

E. 10

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, s'agissant des troubles psychiques, l'intimée a considéré, d'une part, que le lien de causalité adéquate avec les accidents assurés n'était pas donné, les critères développés par la jurisprudence n'étant pas réalisés, et d'autre part, que le lien de causalité naturelle n'était pas rempli, conformément à l'avis de son médecin psychiatre conseil. Le recourant conteste ces deux appréciations. Il fait valoir que plusieurs critères développés par la jurisprudence sont réalisés et sollicite la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

E. 12

a. La chambre de céans constate que les deux sinistres doivent être rangés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure. En effet, l'accident de moto du 30 septembre 2013 s'est déroulé à très basse vitesse, presque à l'arrêt selon le questionnaire rempli par le recourant le 10 octobre 2013, et aucun autre véhicule n'a été impliqué. Quant à l'accident du 19 mai 2014, le recourant a trébuché sur la dernière marche d'un escalier et est tombé de sa propre hauteur sur l'épaule, sans se cogner la tête ou dévaler les escaliers. b. Le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident ou des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques n'est manifestement pas

A/2642/2019 - 28/47 - réalisé, que ce soit pour le sinistre de septembre 2013 ou pour celui de mai 2014, eu égard aux déroulements de ces événements. En ce qui concerne la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, une fracture de la clavicule et une déchirure de la coiffe des rotateurs ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Aucune erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'est à déplorer. Quant à la durée du traitement médical, il est rappelé qu'il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire et que l'aspect temporel n'est pas seul décisif. Dans le cas présent, le premier événement accidentel a justifié une ostéosynthèse le 3 octobre 2013, dont les suites opératoires ont été simples. Le recourant a ainsi pu reprendre son activité professionnelle, d'abord à 25% le 21 octobre 2013, puis à 50% le 5 mai 2014, avec une reprise complète prévue pour le 1er juin 2014, empêchée par la survenance du deuxième accident. On ne saurait donc retenir une durée anormalement longue du traitement médical en lien avec le premier sinistre. Suite à la chute du 19 mai 2014, le recourant a dû subir une acromioplastie le 23 juin 2014, deux lavages articulaires et une nouvelle suture les 8 et 11 juillet 2014, et deux réparations de la coiffe des rotateurs les 2 mars 2015 et 18 octobre 2017 en raison d'une rupture itérative. Sous l'angle de son intensité, le traitement a principalement consisté en ces cinq opérations, réalisées dans un intervalle de plus de trois ans et accompagnées de brèves périodes d'hospitalisation. Pour le reste, le traitement a été purement conservateur, avec la prise d'antalgiques en cas de douleurs trop importantes et le suivi de séances de physiothérapie ou des exercices à pratiquer à domicile. Sur la durée, l'intensité n'a donc pas été telle que l'on puisse parler d'un traitement anormalement long. En dépit de l'arthrite septique développée dans les suites de l'acromioplastie du 23 juin 2014, des complications importantes ne sauraient être retenues car le recourant a pu quitter l'hôpital trois jours après le dernier lavage articulaire et la suture, au vu des bonnes évolutions clinique et biologique (cf. lettre de sortie des HUG du 18 juillet 2014). Aucune autre infection n'a été signalée postérieurement. Des difficultés particulières au cours de la guérison ne sont pas non plus établies, mêmes si le recourant a dû se soumettre à de nouvelles interventions chirurgicales huit mois après la suture de juillet 2014 et plus de deux ans après la réparation de la coiffe de mars 2015, et que la fonction de l'épaule n'a pas pu être rétablie. On se trouve plutôt en présence de l'échec d'un traitement, comme le suggèrent les rapports du Dr E_____, qui a mentionné une « non guérison » du tendon (cf. rapport du 19 février 2015), une lésion persistante (cf. rapport du 14 mars 2016) ou encore une réparation satisfaisante mais un tendon de mauvaise qualité (cf. rapport du 6 juin 2017), une évolution favorable (cf. rapport du 5 mars 2018) et une insuffisance tendineuse en raison d'un tendon très fin entre la partie postérieure du sus-épineux et la partie antérieure de l'infra-épineux (cf. rapport du 8 mai 2018).

A/2642/2019 - 29/47 - Le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes n'est donc pas réalisé non plus. En revanche, il y a lieu de tenir compte des douleurs physiques persistantes dont souffre le recourant. Enfin, la question de savoir si le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques est réalisé peut demeurer ouverte. En effet, même si tel était le cas, seuls deux critères seraient remplis en l'espèce, ce qui ne suffirait de toute façon pas pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et les accidents de 2013 et 2014, d'autant plus que ces deux critères ne se sont pas manifestés d'une manière particulièrement marquante.

E. 13

Il s'ensuit que l'intimée était fondée à nier le droit du recourant à des prestations en raison des troubles psychiques et qu'il n'est pas nécessaire de se prononcer sur la question du lien de causalité naturelle. Partant, une instruction médicale sur le plan psychique n'est pas pertinente.

E. 14

Au niveau somatique, l'intimée a retenu, sur la base des avis de ses médecins d'arrondissement, en particulier les rapports du Dr H_____ des 11 mai et 4 décembre 2018, que les troubles présentés par le recourant au niveau de son épaule droite étaient compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée, à plein temps et sans diminution de rendement. Le recourant s'oppose à l'exigibilité retenue et s'en réfère à l'appréciation de sa capacité de travail par les Dresses K_____ et L_____.

E. 15

À titre préalable, la chambre de céans relève que le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, est manifestement compétent pour se prononcer sur les troubles somatiques présentés par le recourant au niveau de son membre supérieur. Il en va de même des Dresses K_____ et L_____ rhumatologues FMH.

E. 16

a. S'agissant des atteintes à la santé, le Dr H_____ a diagnostiqué une épaule droite multi-opérée avec des séquelles, en particulier de sepsis post-chirurgie de la coiffe des rotateurs et en partie du sus-épineux droit, des sutures compétentes et une lésion des tendons sus-épineux et sous-épineux (cf. rapports des 11 mai et 4 décembre 2018). Ces troubles sont conformes aux pièces du dossier, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas. b. La Dresse K_____ a posé les diagnostics d'omalgie droite chronique avec une rupture partielle du tendon du sus-épineux opérée en juin 2014, une arthrite septique de l'épaule en juillet 2014 et deux reprises pour suture de coiffe en mars 2015 et octobre 2017, de capsulite rétractile et de dyskinésie de l'omoplate

A/2642/2019 - 30/47 - droite (cf. rapports des 21 février et 22 mai 2019). Elle a également relevé des signes de tendinopathie status post-opératoire (cf. rapport du 19 novembre 2018). Ces diagnostics correspondent également aux interventions chirurgicales subies, aux lésions mises en évidence et aux diverses constatations médicales. c. La Dresse L_____ a fait état de douleurs chroniques à l'épaule droite, imposant l'utilisation de dérivés morphiniques, et d'une dyskinésie à l'origine des douleurs intenses et handicapantes (cf. rapport du 16 mai 2019). Si cette appréciation n'est pas contestable en tant que telle, elle apparaît toutefois

incomplète, en l'absence de toute mention des autres lésions établies, dont les atteintes au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs. C'est le lieu de relever que le rapport de cette rhumatologue ne contient qu'une brève et succincte anamnèse, sans référence aucune aux constatations radiologiques ou aux rapports rédigés par les autres spécialistes déjà consultés par le patient. Il est donc permis de douter que les conclusions de cette rhumatologue résultent de l'étude de l'ensemble du dossier du recourant. d. La chambre de céans précisera à toutes fins utiles que la capsulite rétractile de l'épaule consiste en une limitation globale de la mobilité huméro-scapulaire

(<https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-577/La-capsulite-retractile-de-l-e-paule-mise-au-point-en-2017>) et que la scapula alata est une sous-entité spécifique des dyskinésies scapulaires (<https://www.em-consulte.com/en/article/1020848>). Ces deux pathologies, citées par les Dresses L_____ et K_____, ont donc bien été prises en considération par le Dr H_____, comme cela ressort de ses examens cliniques et des limitations fonctionnelles retenues. Il est donc sans incidence qu'il ne les ait pas expressément mentionnées à titre de diagnostics. Enfin, il sied de rappeler que les deux médecins-conseils de l'intimée ont considéré que la neuropathie focale sensitivomotrice purement démyélinisante au niveau du tunnel du nerf ulnaire au niveau du carpe, mise en évidence lors du séjour à la CRR, n'était pas en relation de causalité naturelle avec les sinistres (cf. rapports du Dr G_____ du 6 juillet 2016 et du Dr H_____ du 17 septembre 2019). Le recourant ne soutient pas que cette atteinte résulterait de l'accident de 2013 ou de celui de 2014, et rien ne permet de considérer que tel serait le cas, au vu des pièces produites dans le cadre de la présente procédure.

E. 17

a. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, le médecin d'arrondissement a observé, à l'examen du 9 mai 2018, que l'antépulsion active de l'épaule droite était de 100° et que l'abduction active dépassait difficilement 80°. La rotation externe était à 20°. En rotation interne, l'assuré touchait L5 puis était en difficulté. Tous les tests dynamiques étaient douloureux. Il n'y avait aucune limitation de la force ou des fonctions de la main et des coudes (cf. rapport du 11 mai 2018).

A/2642/2019 - 31/47 - Lors de la consultation du 28 novembre 2018, le Dr H_____ a noté que la force au Jamar était bonne, avec 50 kg à droite et 61 kg à gauche. La mobilité était évaluée avec une élévation antérieure et latérale à 90°. La rotation externe était à 30° « G » et 40° « D », et la rotation interne à distance de L5 10 cm à droite. Les tests dynamiques étaient tous légèrement douloureux avec une diminution de la résistance à la pression, sans déficit au niveau musculaire. Les douleurs étaient subjectivement les mêmes que précédemment et le recourant déclarait ne pas porter plus de 5 kg à droite. Il existait une amyotrophie sur la portion supérieure du grand dorsal à gauche, mais les mensurations des deux bras étaient identiques (cf. rapport du 4 décembre 2018). La comparaison de ces examens permet de retenir une très légère amélioration des amplitudes, notamment en abduction et en rotation externe, avec cependant une diminution de 10° en antépulsion active. On notera également que la seconde évaluation du Dr H_____ correspond en tout point aux observations qui figurent dans le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles de la CRR du 30 mai 2016 en ce qui concerne les mobilités actives en antépulsion (90°), en abduction (90°) et en rotation externe (30°). En revanche, les valeurs contenues dans le rapport de réadaptation de l'appareil locomoteur, non daté mais consignait également les tests « à la sortie » de la clinique, de même que les constatations du Dr G_____, divergent

de celles du Dr H_____, avec en particulier des mobilités actives de 125° pour l'antépulsion et 110° pour l'abduction (cf. rapport de la CRR), respectivement de 130° et 130°, (cf. rapport du Dr G_____ du 6 juillet 2016). On retrouve en outre de grandes divergences à l'examen de la rotation interne (D10 selon le rapport de la CRR du 30 mai 2016, L3 selon le rapport non daté de la CRR, C7 selon le Dr G_____ et L5 selon le Dr H_____). Ces variations peuvent s'expliquer par un niveau de cohérence moyen lors des évaluations au vu des nombreuses autolimitations, comme souligné dans le rapport de la CRR du 17 juin 2016. b. Selon les observations de la Dresse K_____, la rotation interne était possible jusqu'à la fesse (cf. rapports des 19 novembre 2018 et 22 mai 2019), voire jusqu'à L5 (cf. rapport du 21 février 2019), l'abduction active était mesurée à 90° (cf. rapports des 19 novembre 2018, 21 février et 22 mai 2019), l'antépulsion active à 90° (cf. rapport du 21 février 2019) et la rotation externe active à 30° (cf. rapport du 21 février 2019). La force et les réflexes étaient symétriques et conservés aux membres supérieurs, et le recourant présentait des douleurs constantes à l'épaule, cotées entre 2-3/10 au repos et 5-7/10 lors des mouvements (cf. rapport du

E. 19

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans fera donc siennes les conclusions du Dr H_____ et tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle retiendra, que le recourant ne peut pas porter des charges de plus de 5 kg et travailler au-dessus du plan des épaules, conformément à l'estimation du Dr H_____. Elle considérera également comme contre-indiquée toute utilisation répétitive du membre supérieur droit, même en-dessous de l'horizontale, conformément aux appréciations des médecins de la CRR et de la Dresse K_____. Les mesures d'instruction complémentaire sollicitées par le recourant au niveau somatique ne sont donc pas justifiées non plus.

E. 20

Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité du recourant.

E. 21

a. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA1) 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. Conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. b. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. À teneur de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

E. 22

a. Selon l'art. 16 LPGA, 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.

A/2642/2019 - 35/47 - b. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 ; ATF 128 V 174).

E. 23

a. Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Dans ce cas, il y a lieu de se fonder sur les données les plus récentes, soit celles qui étaient accessibles au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3 et la référence). b. Depuis la dixième édition de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (arrêts du Tribunal fédéral 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires

A/2642/2019 - 36/47 - (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les

services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (arrêts du Tribunal fédéral 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et 9C_901/2017 du

E. 28

a. En ce qui concerne l'abattement, l'intimée a appliqué un taux de 5% au motif que le recourant n'était pas du tout limité au niveau de sa main droite, mais plutôt au niveau de son épaule et qu'il ne pouvait pas lever des charges de plus de 5 kg. Selon le recourant, ses limitations fonctionnelles devraient au minimum justifier un abattement de 15% du salaire statistique, compte tenu du fait que seule une activité légère est possible.

A/2642/2019 - 43/47 - b. Dans le cas présent, le seul facteur pertinent pour la déduction est incontestablement la limitation due aux troubles somatiques présentés par le recourant. Aucun autre critère de réduction ne saurait entrer en ligne de compte, ce que l'intéressé ne soutient au demeurant pas. Les limitations fonctionnelles concernent exclusivement le membre supérieur droit, singulièrement le port charges de plus de 5 kg, le travail au-dessus du plan des épaules et l'utilisation du membre supérieur droit de façon répétitive. En revanche, aucune restriction en lien avec les accidents n'a été retenue au niveau de la main droite. La chambre de céans ne relève aucun motif pertinent lui permettant de substituer sa propre estimation à celle de l'intimée, ce d'autant moins que le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 5% dans des cas comparables. Compte tenu de son obligation de retenue, elle ne s'écartera donc pas de l'appréciation de l'intimée, qui dispose d'un large pouvoir pour déterminer l'étendue de l'abattement, c. Le revenu d'invalidité est donc de CHF 68'043.65 (CHF 71'624.90 – 5%).

E. 29

Eu égard à tout ce qui précède, le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimée peut être confirmé. Il en découle que le recourant n'a effectivement pas le droit à une rente.

E. 30

Enfin, reste à examiner le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 31

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 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). Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, 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).

A/2642/2019 - 44/47 - 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 pourcent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pourcent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la 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). Selon le Tableau 1 « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs » de la SUVA, une épaule bloquée en adduction donne droit à une indemnité de 30%, une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale à 10% et mobile jusqu'à l'horizontale à 15%. En cas de périarthrite scapulo-humérale, le taux est de 0% si l'atteinte est légère, de 10% si elle est moyenne et de 25% si elle est grave. b. 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

A/2642/2019 - 45/47 - ATF 125 II 169 consid. 2d). Cette évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1). c. Le Tribunal fédéral a notamment

confirmé le taux de 15% retenu pour un assuré qui présentait, suite à une rupture de la coiffe des rotateurs, une mobilité restreinte de l'épaule jusqu'à l'horizontale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 192/02 du 23 juin 2003). Dans une autre affaire concernant un assuré, victime d'un accident ayant justifié une réinsertion d'une rupture complète du sus-épineux et du sous-épineux, une acromioplastie et une ténodèse du long chef du biceps de l'épaule gauche, qui présentait des douleurs à la palpation et à la mobilisation, ainsi qu'une mobilité limitée (abduction active jusqu'à l'horizontale, flexion et extension un peu au de- dessus l'horizontale, rotation externe avec le bras accolé au corps à 30°, rotation interne jusqu'à L4, forte diminution de la force en abduction à l'horizontale, diminution de la mobilité passive), notre Haute cour a jugé que le taux de 15% retenu correspondait bien au handicap de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_472/2007 du 9 juin 2008). Dans le cas d'une assurée ayant également bénéficié d'une acromioplastie, d'une réparation étendue de la coiffe des rotateurs et d'une ténodèse du long chef du biceps, le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter du taux de 5% pour la lésion qui avait été assimilée à une périarthrite scapulo- humérale légère à moyenne, étant rappelé que l'état douloureux et la limitation fonctionnelle avaient été pris en compte par l'expert, qui avait notamment retenu une mobilité passive complète (arrêt du Tribunal fédéral 8C_862/2014 du 2 avril 2015). d. Au niveau cantonal, la chambre de céans a par exemple confirmé, s'agissant d'un assuré qui présentait une limitation de la mobilité à l'horizontale en abduction et antépulsion ainsi qu'une réduction des rotations, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15%. Selon le médecin-conseil, la périarthrite scapulo-humérale était moyenne à grave avec une limitation de la mobilité jusqu'à l'horizontale et un examen radiologique avait révélé un début d'omarthrose avec une ostéophytose de la glène (ATAS/331/2006 du 4 avril 2006).

E. 32

a. En l'espèce, l'intimée a fixé le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, sur la base de l'avis du Dr H_____ du 4 décembre 2018. Le recourant conclut à une indemnité de 30%. b. Il ressort des pièces produites que le recourant présente une mobilité restreinte de l'épaule droite jusqu'à l'horizontale en particulier (antépulsion limitée à 90°, abduction à 90°, rotation interne à L5/fesse et rotation externe à 30°).

A/2642/2019 - 46/47 - On ne voit pas de motif sérieux de s'écarter de l'estimation du médecin d'arrondissement qui est conforme à la jurisprudence rendue la matière. En particulier, rien ne justifie de retenir un taux correspondant à une épaule moins mobile ou à une périarthrite scapulo-humérale grave, eu égard aux atteintes et restrictions rapportées dans les différents documents. Puisque le taux de l'atteinte à l'intégrité est déterminé uniquement en fonction des constatations médicales et que le recourant ne produit aucun rapport médical rendant plausible une mauvaise appréciation du Dr H_____, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% peut être confirmé.

E. 33

Au vu de ce qui précède, le recours, en tout point mal fondé, est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2642/2019 - 47/47 - 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.