

# **GE\_GERICHTE ATAS/862/2025 vom 11. November 2025**

GE Cour de justice, 2025-11-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_862\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_862_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/862/2025 du 11 novembre 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/862/2025 del 11 novembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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 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. 1.2**

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.

### **E. 1.3**

Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours, et compte tenu des fêtes judiciaires – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

## **E. 2**

Sont litigieux le taux de la rente d'invalidité et celui de l'IPAI, ce en raison des atteintes à l'épaule gauche à la suite de l'accident du 22 octobre 2020, la stabilisation de l'état de santé au 1er décembre 2023 n'étant quant à elle pas contestée.

### **E. 3.1**

Aux termes de l'art. 6 LAA, si la présente 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.

A/337/2025 - 14/24 - 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 (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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

### **E. 3.2**

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à

l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

### **E. 3.3**

Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA – dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017 mais antérieure au 31 décembre 2023, seule applicable ici (cf. a contrario, les dispositions transitoires de l'art. 118 al. 2 let. c LAA) –, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) 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 (« avant l'âge de référence » selon la version en vigueur depuis le 1er janvier 2024, qui renvoie à l'âge de 65 ans révolus fixé par l'art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS - RS 831.10]). À teneur de 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'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon 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 le marché du travail équilibré qui – selon la version légale en vigueur dès le 1er janvier 2021 – entre en considération, 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 (al. 1). 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 (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa

A/337/2025 - 15/24 - profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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 ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une

forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

### **E. 3.4**

Conformément à l'art. 24 LAA, si, par suite de l'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 (IPAI ; 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. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2).

A/337/2025 - 16/24 - S'agissant du montant, l'art. 25 LAA précise que l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital. 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). En vertu de l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), 1 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. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2). L'IPAI vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle 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. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

### **E. 3.5**

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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure

et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

### **E. 3.5.1**

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

A/337/2025 - 17/24 - 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

### **E. 3.5.2**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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. Etant 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du

Tribunal fédéral 8C\_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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

A/337/2025 - 18/24 - traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/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 ; 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 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. 3.6**

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

A/337/2025 - 19/24 - plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence). Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

#### **E. 4.1**

En l'espèce, il est rappelé que l'intimée, dans la décision sur opposition querellée, a reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité de 17% à compter du 1er décembre 2023, et elle lui a alloué une IPAI de 10%, étant précisé que cette IPAI s'ajoute à celle de 10% aussi déjà octroyée dans le cadre du dossier de sinistre (n° 1\_\_\_\_\_) ayant – apparemment – fait suite à l'accident qui était survenu en 2012 et avait consisté en des fractures de l'omoplate et de l'acromion. Elle a justifié sa position en s'appuyant sur les appréciations de son médecin-conseil G\_\_\_\_\_.

#### **E. 4.2**

Les rapports médicaux figurant au dossier présentent tous une certaine valeur probante, sans que celle-ci soit toutefois complète pour l'un ou l'autre des rapports. Il n'y a pas de divergences substantielles entre les spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur qui ont examiné l'assuré (Drs G\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_) concernant les constatations relatives aux mesures à la mobilisation de l'épaule gauche et même à la douleur lors de mobilisations de celle-ci ainsi que concernant les limitations fonctionnelles afférentes à cette épaule.

A/337/2025 - 20/24 - Notamment, le médecin-conseil G\_\_\_\_\_ partage entièrement les données évaluées par le Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 janvier 2025, à teneur duquel, entre autres, le recourant « est actuellement extrêmement gêné par son épaule gauche en raison de douleurs intenses, la mobilité est très limitée », et l'intéressé « évalue la fonction de celle-ci à environ 10% de la normale », « les douleurs [étant] permanentes et majorées aux mouvements ». En outre, les Drs G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ne se sont pas expressément prononcés sur les limitations fonctionnelles, au contraire du Dr G\_\_\_\_\_ et – dans une moindre mesure – de la CRR. Ainsi, celles qui sont en lien avec l'accident du 22 octobre 2020 consistent en substance en l'évitement du port de charges de plus de 3 kg pour le membre supérieur gauche ainsi que des manèges d'outils lourds et de tous les travaux de force au-dessus de la tête et répétitifs (cf. notamment décision sur opposition attaquée et « appréciations médicales » du Dr G\_\_\_\_\_ des 5 juin et 27 novembre 2023), et l'activité

devrait être de type sédentaire et devrait permettre les modifications des positions assise et debout (cf. « appréciations médicales » du Dr G\_\_\_\_\_ précitées).

#### **E. 4.3**

Par ailleurs, au plan médical, ni les Drs G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ni même le Dr G\_\_\_\_\_ ne se prononcent de manière claire et motivée sur la capacité de travail ou le rendement de l'intéressé, cette question étant essentiellement tranchée par la SUVA dans ses décisions. En particulier, le Dr G\_\_\_\_\_, s'il mentionne certes dans son rapport du 22 janvier 2025 des effets néfastes pour l'assuré de ses atteintes à l'épaule gauche, notamment une gêne extrême due à des douleurs intenses, de même qu'une mobilité très limitée de ce membre, ne se prononce jamais dans ses rapports sur la capacité de travail. Il ne le fait pas que dans ses certificats d'arrêt de travail (capacité de travail nulle pour cause d'accident), qui couvrent à tout le moins la période du 1er septembre 2021 au 3 décembre 2023, le dernier certificat étant celui du 25 octobre 2023 et l'absence de certificats pour la suite pouvant s'expliquer par la cessation du versement des indemnités journalières à partir du 1er décembre 2023. Quant au médecin-conseil G\_\_\_\_\_, il ne se prononce jamais expressément au sujet de la capacité de travail ou du rendement, mais ne parle que de limitations fonctionnelles et d'exigibilité. On peut toutefois déduire de ses avis une absence d'incapacité de travail ou de baisse de rendement, mais, en tout état de cause, ceci n'est pas suffisamment motivé. En revanche, dans son rapport du 30 janvier 2025, la médecin généraliste L\_\_\_\_\_ écrit que, la fonctionnalité de l'épaule gauche étant estimée à moins de 5%, une éventuelle reprise professionnelle dans un métier physique est impossible. De plus, selon elle, les douleurs provoquées par cette épaule ont un

A/337/2025 - 21/24 - impact global sur les capacités physique et intellectuelle du patient (insomnies, troubles de la concentration, etc.). De surcroît, l'appréciation du SMR émise dans son rapport du 1er mars 2024, sur lequel se fonde la décision de l'OAI du 7 mai 2024 octroyant une rente entière d'invalidité à l'intéressé, pourrait être comprise comme considérant les suites du traumatisme du 22 octobre 2020 ainsi que celles de l'accident du

#### **E. 4.4**

Conformément à la jurisprudence citée plus haut, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En l'occurrence, concernant la question de la capacité de travail et/ou du rendement, l'instruction médicale de la cause s'avère très insuffisante. Partant, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire approfondie de la situation médicale du recourant ainsi que de son évolution et de ses effets, en matière notamment de capacité de travail, rendement et limitations fonctionnelles, puis nouvelle décision. Cette instruction complémentaire prendra en compte l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue et comprendra à tout le moins une expertise (art. 44 LPGA) au plan orthopédique. Le ou les experts auront accès au précédent dossier de sinistre de la caisse (n° 1 \_\_\_\_\_), de même qu'à l'entier du dossier AI, dont la SUVA devra demander l'apport à l'OAI. Les questions auxquelles le ou les experts devront répondre porteront notamment sur les diagnostics du point de vue orthopédique, leur évolution, la capacité de travail, le rendement et les limitations fonctionnelles, et ce en examinant leur lien de causalité avec l'accident du 22 octobre 2020, voire aussi avec celui de 2012 ayant donné lieu au dossier de sinistre n° 1 \_\_\_\_\_ précité, étant précisé que l'intimée devra déterminer quel éventuel effet ce précédent accident pourrait encore avoir.

#### **E. 4.5**

Pour ce qui est de la fixation du taux de l'IPAI, le médecin-conseil G\_\_\_\_\_, dans son estimation du 27 novembre 2023, conclut à une atteinte à l'intégrité de 10% pour le présent cas qui fait suite à l'accident du 22 octobre 2020, en plus de

A/337/2025 - 22/24 - l'atteinte à l'intégrité de de 10% qui a déjà été évaluée dans le dossier n° 1\_\_\_\_\_, également pour l'épaule gauche, évaluation à laquelle il convient selon lui de se référer. Ceci donne une IPAI de 20% au total. Ledit médecin-conseil fait état d'une mobilité de l'épaule gauche assez limitée avec une élévation active à 45° en actif et 90° en passif et avec une diminution globale des rotations interne et externe et avec une force globalement faible ainsi qu'un score de Constant de 9%, tandis que le Dr G\_\_\_\_\_, dans son rapport du 22 janvier 2025, évalue le « score d'auto constant » à 4 et indique une mobilité active et passive extrêmement limitée avec en actif une élévation de 30° « et rotation externe 0° rotation interne à la fesse et en passif 45° d'élévation antérieure et 15° de rotation externe ». Dans son estimation du 27 novembre 2023 précitée, le Dr G\_\_\_\_\_ retient « une arthrose grave, contexte d'arthrose gléno-humérale gauche », ce à quoi s'ajoute « le contexte d'instabilité ». C'est apparemment en raison de cette arthrose qu'il applique le tableau n° 5 de la SUVA « Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses ». Il est vrai qu'on peut s'interroger pour quels motifs le médecin-conseil n'a pas retenu un taux d'atteinte à l'intégrité supérieur à 10% pour les suites de l'accident du 22 octobre 2020, le tableau n° 5 précité permettant d'atteindre 10 à 25% en cas d'arthrose grave « de l'épaule (gléno-humérale) ». À cet égard, à teneur dudit tableau, « si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, on retiendra le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé ». De surcroît, à l'instar du recourant, on ignore pourquoi le tableau n° 1 de la SUVA « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs », qui énonce plusieurs taux entre 10 et 30% concernant l'épaule, n'a pas été pris en considération par le Dr G\_\_\_\_\_. Cela étant, s'agissant également de l'IPAI, la cause doit être considérée comme très insuffisamment instruite par l'intimée, un renvoi à celle-ci s'imposant également concernant cette question.

#### **E. 4.6**

Ce qui précède rend, dans le cadre de la présente procédure de recours, inutile une éventuelle audition par la chambre de céans des parties ainsi que des Drs G\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, de même que l'ajout de considérants au sujet du taux d'abattement du salaire – statistique – avec invalidité. 5. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis (vu les conclusions principales du recours en octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI d'au minimum 50% toutes deux), la décision sur opposition querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants. 6. Le recourant obtenant en majeure partie gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61

A/337/2025 - 23/24 - let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

A/337/2025 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

#### **E. 8**

décembre 2012 (ayant apparemment donné lieu au dossier de sinistre n° 1\_\_\_\_\_) comme causes d'une partie de l'incapacité totale de travail. Dans ces circonstances, on ne peut pas exclure que la mobilité et la force très limitées de l'épaule gauche entraveraient en tout ou en partie l'exercice par le recourant d'un grand nombre d'activités professionnelles, même sédentaires, voire – dans une certaine mesure – de l'ensemble des activités possibles, notamment par une éventuelle surutilisation du membre supérieur droit, ni que les douleurs intenses à l'épaule gauche réduisent la concentration et l'endurance de l'assuré dans l'accomplissement de l'ensemble des tâches.

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