

GE_GERICHTE A/2146/2011 vom 25. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2146_2011

FR: GE_GERICHTE A/2146/2011 du 25 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE A/2146/2011 del 25 ottobre 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié c/o M. N _____, au Lignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ intimée EN FAIT Monsieur M _____ (ci-après l'assuré), né en 1972, a travaillé en tant que maçon dès le 2 mai 2005 auprès de X _____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après l'assurance). Selon la déclaration de sinistre remplie par son employeur le 2 août 2007, l'assuré s'était blessé en glissant sur la neige le 15 février 2007 environ - il ne se souvenait plus de la date exacte. En voulant se rattraper avec le bras droit, il s'était fait mal à l'épaule. Il était en incapacité de travail depuis le 16 juillet 2007. Son salaire mensuel était de 4'980 fr. Dans un rapport du 28 août 2007, un médecin du Département de chirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) a diagnostiqué une tendinite de l'épaule droite, en indiquant que l'assuré avait fait une chute cinq mois auparavant, suivie de douleurs à l'épaule droite. Le traitement était terminé depuis le 23 juillet 2007. Par décision du 12 septembre 2007, l'assurance a nié le droit aux prestations de l'assuré en contestant l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 15 février 2007 et l'incapacité débutant le 16 juillet 2007. Dans un rapport du 12 septembre 2007, le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'il y avait peu de limitations fonctionnelles et que l'examen clinique était peu contributif. Une IRM avait révélé une lésion du labrum antérieur-inférieur qui était due à l'accident, et ce médecin a posé le diagnostic de dérangement interne (labrum) de l'épaule droite. Une reprise du travail devait être tentée le jour même. L'assuré s'est opposé à la décision de l'assurance par courrier du 16 septembre 2007. Dans un courrier du 12 octobre 2007 à l'assurance, le Dr A _____ a relevé que l'assuré indiquait qu'il s'était réceptionné sur les bras en complète extension des épaules lors de sa chute de février, et avait ressenti une douleur mineure mais qu'il avait pu poursuivre son travail. Ce n'est qu'en juillet 2007, en raison d'un travail plus lourd qu'à l'accoutumée, que des douleurs depuis lors persistantes étaient apparues. Une arthro-IRM avait été réalisée le 7 août 2007, et avait révélé une lésion du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur, qui lui semblait susceptible d'être prise en compte dans le cadre des lésions corporelles assimilées à un accident. La relation de causalité entre l'accident et la lésion était pour le moins possible, sinon probable chez l'assuré, compte tenu de son âge peu compatible avec une lésion dégénérative et de l'absence d'atteinte préalable à l'épaule. Le mécanisme de l'accident correspondait pour le surplus à la portion de l'articulation endommagée. Une reprise du travail avait eu lieu le 12 septembre mais l'assuré était à nouveau incapable de travailler depuis le 2 octobre 2007. Une suture arthroscopique du

bourrelet devait être envisagée. Le Dr A _____ a précisé que l'opposition de l'assuré au refus de prise en charge était fondée sur le plan médical. Lors d'un entretien avec un collaborateur de l'assurance, l'assuré a relaté l'événement du 15 février 2007. Il avait glissé en arrière et s'était réceptionné sur les deux bras pour éviter de tomber sur le dos. Il avait ressenti une violente douleur, qui s'était atténuée sans disparaître complètement les jours suivants. Cette douleur légère ne l'avait pas empêché de travailler, car il n'avait pas de travaux lourds à effectuer durant cette période. Ce n'est que début juillet qu'une douleur vive était survenue alors qu'il voulait soulever un tube de fer des deux mains. Le vendredi 13 juillet 2007, il avait fait des mouvements répétitifs de force dans le cadre de son travail et avait eu l'épaule droite enflée et très douloureuse à la fin de la journée. Il avait alors consulté le Service de chirurgie des HUG, puis le Dr A _____. La reprise du travail le 12 septembre avait eu lieu malgré la douleur, présente sans être insupportable. Le 1^{er} octobre 2007, la douleur s'était amplifiée et était devenue telle qu'il avait dû interrompre son travail le lendemain. Par courrier du 24 janvier 2008, l'assurance a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge l'accident. L'assuré a subi une arthroscopie avec réinsertion du bourrelet par une ancre Mitek le 11 février 2008, pratiquée par le Dr A _____. Ce dernier, dans son rapport du 10 mai 2008, a indiqué que les amplitudes de l'épaule droite étaient récupérées. L'assuré avait repris le travail à temps plein mais avec une diminution de rendement de 50 % depuis le 5 mai 2008. Il était prématuré de rechercher un emploi approprié. Aucun dommage permanent n'était à craindre. Par téléphone du 20 juin 2008 à l'assurance, l'employeur de l'assuré a signalé que celui-ci était à nouveau en incapacité totale de travail depuis le 16 juin 2008 pour un mois en tout cas. Selon le questionnaire rempli par l'employeur le 30 juin 2008, l'assuré aurait perçu en 2008 un salaire mensuel de 5'080 fr. jusqu'au 30 avril et dès cette date un revenu de 5'140 fr., 13^{ème} salaire et allocations familiales de 400 fr. par mois non comprises. La rémunération versée du 15 février 2006 au 14 février 2007 se montait à 58'757 fr. 15 à titre de salaire brut, auquel s'étaient ajoutés 4800 fr. d'allocations familiales, un 13^{ème} salaire à 4'993 fr. 20 et 1'185 fr. 25 d'autres allocations, soit 69'736 fr. au total. Dans un rapport de juillet 2008, le Dr A _____ a fait état d'une évolution défavorable avec une nouvelle incapacité de travail depuis le 18 juin 2008. L'assuré souffrait de douleurs à l'épaule droite lors de travaux lourds. Un changement de profession était souhaitable, et l'assuré désirait retravailler. L'assurance s'est entretenue avec l'assuré le 14 juillet 2008. Ce dernier a exposé qu'il se sentait plus mal qu'avant l'intervention chirurgicale et souffrait de douleurs continues. Tous les mouvements du bras et de l'épaule lui faisaient mal, et il avait un manque de force évident. Il ne se sentait pas capable de reprendre le travail, même partiellement. L'employeur de l'assuré, présent lors de cet entretien, s'est déclaré disposé à fournir un travail adapté permettant la reprise du travail, sans exigence de rendement. Par courrier du même jour, l'assurance a invité l'assuré à reprendre son activité professionnelle, qui pourrait avoir un effet favorable sur sa guérison. Elle continuerait cependant de lui verser des indemnités journalières sur la base d'une incapacité totale de travail jusqu'au 31 août 2008, date à laquelle elle examinerait la progression de son rendement. Par téléphone du 17 juillet 2008, l'employeur de l'assuré a indiqué à l'assurance que la reprise du travail thérapeutique ne pouvait être mise en œuvre en raison de problèmes cardiaques de l'assuré. Dans son rapport du 5 août 2008, le Dr A _____ a signalé qu'un changement d'activité lui paraissait impératif. Il était prématuré de se prononcer sur un dommage permanent. Selon une attestation de l'assurance du 15 septembre 2008, une reprise du travail à titre thérapeutique a été convenue dès le 8 septembre 2008. Un nouvel entretien a eu lieu le 21

octobre 2008 entre l'assurance, l'employeur et l'assuré. Celui-ci travaillait dans le dépôt de l'entreprise mais son rendement ne dépassait pas les 20 % en raison de vives douleurs et d'un manque de force à l'épaule droite. L'employeur a déclaré qu'une reprise dans plusieurs postes différents avait été tentée sans succès. Le Dr B _____, spécialiste en radiologie, a pratiqué une arthrographie et une IRM de l'épaule droite réalisées le 26 novembre 2008. Il a conclu à un remaniement post-opératoire glénoïdien dans le quadrant antéro-supérieur, bordé par une zone de labrum non inséré, se prolongeant proximale et distalement sans dépasser la jonction avec l'insertion du long biceps, sémiologie compatible avec une récurrence de désinsertion, l'hypothèse d'une composante de variante anatomique préexistante étant éventuellement à considérer; à une sémiologie arthrographique accompagnée de remaniements capsulaires et péri-articulaires suggestifs d'un certain degré de capsulose rétractile; et à l'absence séquelle osseuse évidente d'instabilité antéro-postérieure et de lésion de la coiffe des rotateurs. Des radiographies du rachis cervical de l'assuré en date du 27 novembre 2008 se sont révélées normales. Dans un rapport du 8 décembre 2008, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté un syndrome douloureux résiduel avec forte suspicion clinique d'instabilité de l'épaule droite. Il a posé les diagnostics d'os acromial de type III, de récurrence d'instabilité gléno-humérale droite, et de syndrome douloureux résiduel. Il proposait une reprise chirurgicale. L'assuré était incapable de travailler à 50 % depuis le 28 octobre 2008. Le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de l'assurance, a examiné l'assuré le 23 décembre 2008. L'assuré a déclaré que son état s'était dégradé avec la première opération, et avait peur qu'une deuxième intervention n'aggrave encore la situation. Le médecin a résumé le dossier et les plaintes de l'assuré, qui souffrait d'une douleur antérieure lors d'efforts et ne pouvait être couché sur l'épaule. Il a procédé à son examen clinique et a conclu que la réinsertion du labrum antérieur n'avait pas abouti, et que des démarches devaient être entreprises pour que l'assuré puisse obtenir un troisième avis. Dans son rapport du 2 février 2009, le Dr C _____ a confirmé le diagnostic d'instabilité de l'épaule droite en soulignant les hésitations de l'assuré à se faire réopérer. Dans son rapport du 6 février 2009, le Dr E _____, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a posé le diagnostic d'os acromial potentiellement symptomatique, antécédent de stabilisation antérieure de l'épaule et de subluxation antérieure du long chef du biceps. Les douleurs de l'épaule droite persistaient. Il préconisait une infiltration afin de déterminer la genèse de douleurs. En cas d'échec, une arthroscopie avec ténodèse du long chef du biceps serait la moins mauvaise des options mais ne devait à son avis être envisagée qu'en dernier recours. Dans son rapport du 26 mars 2009, le Dr A _____ a posé le diagnostic de status après désinsertion du labrum antérieur de l'épaule droite stabilisée par arthroscopie. L'assuré travaillait à 50 % toute la journée, et un reclassement comme machiniste était envisagé dans l'entreprise. L'infiltration réalisée n'avait pas apporté d'effet satisfaisant. Lors de l'entretien du 2 avril 2009 avec l'assuré et son employeur, ce dernier a déclaré à l'assurance que plusieurs tentatives de placement dans l'entreprise avaient été tentées, mais qu'aucune possibilité de travail adapté n'existait. Les postes de machinistes étaient tous pourvus. L'assuré considérait qu'il était impossible de reprendre son emploi de maçon, le port de charges lourdes était difficile. Le Dr D _____ a une nouvelle fois examiné l'assuré en date du 17 juin 2009. Il a résumé son dossier, et relaté les plaintes décrites par l'assuré, qui souffrait d'une profonde douleur dans l'épaule, amplifiée par les efforts. Après avoir procédé à l'examen, le médecin a relevé que les spécialistes consultés ne parvenaient pas à

un consensus concernant la nécessité d'une opération, à laquelle l'assuré ne désirait pour l'heure pas se soumettre. Son état pouvait dès lors être considéré comme stabilisé. S'agissant des limitations fonctionnelles, le port de charges dépassant 15 kg n'était plus possible. Les mouvements répétitifs d'extension et d'abduction complètes étaient également prohibés, bien que la mobilité de l'épaule fût conservée en grande partie. L'assuré était totalement capable de travailler dans une profession adaptée, mais il existait un dommage permanent. Le Dr D _____ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 5 %. L'assurance a informé l'assuré le 22 juin 2009 qu'aucune amélioration notable de son traitement ne pouvait être attendue, de sorte qu'elle mettait fin à la prise en charge des soins médicaux, à l'exception des visites de contrôle. Les indemnités journalières seraient versées jusqu'au 31 octobre 2009 sur la base d'une incapacité de travail de 50 %, et son droit à une rente serait examiné à cette date. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, soit 5'340 fr., lui serait également versée. Dans un certificat du 24 août 2009, le Dr F _____ a attesté d'une incapacité de travail complète de l'assuré du 11 au 24 août 2009. Par courrier du 15 septembre 2009, le Pr G _____, médecin-chef du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a informé l'assurance qu'une arthro-IRM avait révélé une déchirure intra-tendineuse étendue du sus-épineux et qu'une intervention visant à réparer cette lésion était prévue le 4 novembre 2009. Le pronostic devrait être bon, mais un arrêt de travail de trois à six mois était attendu. Compte tenu de cette nouvelle intervention, l'assurance a informé l'assuré que le contenu de son courrier du 22 juin 2009 était caduc. Les indemnités journalières continueraient d'être versées jusqu'à nouvel avis, sur la base d'une incapacité de travail de 50 %. Dans son rapport du 7 octobre 2009, le Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une capsulite rétractile postopératoire de l'épaule droite. L'assuré a subi une acromioplastie, résection du cm externe de la clavicule et ténodèse du long chef du biceps le 4 novembre 2009. Cette intervention a été pratiquée par le Dr E _____ des HUG. Dans son rapport du 18 janvier 2010, le Pr G _____ a posé le diagnostic de douleurs de l'épaule droite, en notant une évolution favorable à la suite de l'intervention du 4 novembre 2009. Dans son rapport du 9 avril 2010, le Pr G _____ a indiqué que la rééducation se déroulait normalement, et qu'une période de trois à quatre mois était nécessaire pour déterminer si l'activité de maçon était exigible ou si une réadaptation devait être envisagée. Le Dr I _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de l'assurance, a examiné l'assuré le 15 juin 2010. Il a recommandé un séjour à la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION (CRR) en vue d'évaluer les capacités fonctionnelles chez l'assuré, dont la capacité de travail restait nulle jusqu'à l'entrée à la CRR. L'assuré a séjourné à la CRR du 25 août au 14 septembre 2010. Le Dr J _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et la Dresse K _____, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes et raideur de l'épaule droite, et les diagnostics supplémentaires de notion de traumatisme de l'épaule droite le 15 février 2007, d'antécédent d'arthroscopie et réinsertion du bourrelet par ancre Mitec Panaloc le 11 février 2008, d'antécédent d'acromioplastie, résection du cm externe de la clavicule et ténodèse du long chef du biceps le 4 novembre 2009, d'atteinte myélinique et sensitive focale du nerf médian au poignet de manière strictement symétrique et actuellement sans corrélat clinique, d'acromion bipartite à droite sur la radiographie, d'antécédent d'infarctus en 2008, de pose de trois stents en juin et juillet 2008 et d'hypertension artérielle. L'examen clinique de l'assuré s'est révélé sans changement objectif ni subjectif entre son entrée et sa sortie de la clinique. Les médecins ont complété cet examen par une radiographie de l'épaule droite et d'autres examens.

L'assuré se plaignait de douleurs permanentes sur la face antérieure de l'épaule droite avec irradiation au niveau cervical, accentuées par tous les mouvements et limitant la mobilité. Il souffrait de douleurs nocturnes et signalait des insomnies. Il se disait émotif et dépressif, en lien avec son atteinte et des problèmes familiaux. Les médecins ont constaté que l'épaule était totalement non fonctionnelle et que l'assuré en évitait l'utilisation. Compte tenu de l'absence de résultats lors des précédentes interventions, un nouveau geste chirurgical ne devait être envisagé qu'avec prudence. L'assuré avait également été vu par un psychiatre, lequel n'avait retenu aucune pathologie majeure mais quelques éléments de surcharge liés à l'incertitude quant à sa capacité de reprendre l'activité professionnelle, ainsi qu'à des préoccupations familiales et financières. L'assuré a été invité à poursuivre le traitement médicamenteux prescrit par le service de psychiatrie des HUG et à reprendre un suivi régulier par son psychologue. Les spécialistes de la CRR ont conclu qu'il n'y avait pas d'argument clinique pour une capsulite, une rupture ou une pathologie neurologique associée. L'origine des douleurs n'était pas claire, ni évidente, et il y avait finalement peu de lésions sur les deux IRM réalisées avant les opérations. La physiothérapie n'avait pas amené d'amélioration, raison pour laquelle il fallait y mettre un terme. Le questionnaire DASH, portant sur l'auto-évaluation subjective de la capacité fonctionnelle des membres supérieurs, révélait un score très élevé de 78 %, témoignant d'un handicap ressenti comme extrêmement important. Le score de complexité bio-psycho-sociale intermed était de 34. Il était probable que l'assuré ne puisse reprendre son activité antérieure de maçon et qu'il faille envisager un reclassement professionnel, raison pour laquelle une demande de prestations d'invalidité avait été déposée avant l'hospitalisation. Les Drs J _____ et K _____ ont retenu une incapacité de travail totale dans la profession de maçon du 25 août au 7 octobre 2010. Le Dr L _____, spécialiste FMH en neurologie, a quant à lui relevé dans son rapport que l'assuré avait des douleurs importantes dans tout le membre supérieur droit avec une diminution de la force et de la fonctionnalité. Après avoir procédé à l'examen de l'assuré, en réalisant notamment un électroneuromyographe, ce médecin n'a pas trouvé d'éléments particuliers à l'exception d'un léger signe pour une atteinte myélinique et sensitive focale du nerf médian au poignet de manière strictement symétrique, sans corrélat clinique. Le Dr O _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a également examiné l'assuré. Après une brève anamnèse et un examen clinique, ainsi qu'une analyse des clichés radiographiques, il a conclu à des séquelles douloureuses dont le diagnostic n'était pas évident. L'épaule était totalement non fonctionnelle, le patient évitant d'utiliser son membre supérieur droit. Le séjour n'ayant amené aucune amélioration, il semblait inutile de poursuivre l'hospitalisation. La reprise de l'activité habituelle semblait totalement illusoire, et la physiothérapie, à l'instar d'une infiltration, n'était pas indiquée compte tenu de l'absence de résultats. Dans son rapport du 15 novembre 2010, le Dr F _____ a posé les diagnostics d'épaule droite douloureuse après deux opérations et de cardiopathie ischémique. L'assuré s'enfonçait dans un état de désespoir de plus en plus profond, car il ne voyait pas d'issue à sa vie professionnelle. Le médecin a préconisé un reclassement professionnel. Le Dr I _____ a revu l'assuré en date du 1^{er} décembre 2010. Après avoir résumé son dossier, il a relaté les déclarations de l'assuré, qui allait un peu mieux depuis le dernier examen. Les fourmillements sur les trois derniers doigts avaient diminué, mais il les ressentait encore en cas d'efforts. Il restait dérangé par le manque de force et par quelques douleurs au pourtour de l'épaule, avec irradiation sur tout le bras et l'avant-bras jusqu'au bout des doigts. Après son examen, le Dr I _____ a noté que le tableau clinique était marqué par quelques autolimitations ne permettant pas une évaluation tout à

fait fiable de la fonction articulaire effective. Un bilan radiologique postopératoire avait démontré un status après acromioplastie bien faite, sans ascension de la tête humérale ni sclérose du trochiter. Seule une petite ossification se projetant en sous-acromiale de face avait été constatée. Le médecin d'arrondissement a conclu que l'assuré devrait être reclassé dans une profession ne sollicitant pas l'épaule au-dessus de l'horizontale, ni mouvements répétés des bras ou port de charges supérieures à 10 kg. Il n'était pas tenu compte de facteurs non organiques susceptibles de compromettre un processus de reclassement chez l'assuré, qui semblait quelque peu fixé sur son invalidité. Le Dr I_____ a également évalué l'atteinte à l'intégrité à 17.5 %, en se référant au taux attribué par la table I à une périarthrite scapulo-humérale de degré moyen à grave. Par téléphone du 3 décembre 2010, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) a informé l'assurance que l'assuré avait eu droit à des mesures d'intervention précoce, mais qu'aucune autre prestation ne lui serait accordée. Dans un rapport du 26 novembre 2010, le Pr G_____ a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs opérée le 4 novembre 2009, et signalé que l'assuré avait des douleurs lors de la dernière consultation en octobre 2010. La physiothérapie devait être poursuivie. L'assurance a indiqué à l'assuré par courrier du 8 décembre 2010 qu'elle mettrait un terme au versement d'indemnités journalières complètes au 31 janvier 2011, la situation médicale étant stabilisée. Seuls des contrôles médicaux et les médicaments appropriés seraient pris en charge dès cette date. L'assuré avait en outre droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 18'690 fr. Le droit à une rente partielle dès le 1^{er} février 2011 serait également examiné et ferait l'objet d'une décision, l'assuré étant rendu attentif à son obligation de mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité adaptée. L'assuré a fait parvenir à l'assurance un contrat de travail sur appel signé avec Y_____ SA le 11 décembre 2006, prenant effet le 15 décembre 2006 et s'achevant le 30 avril 2007, ainsi que la première page d'une convention identique, prenant effet le 1^{er} décembre 2007 et s'achevant le 30 avril 2008. Le contrat stipulait sous chiffre 1 qu'il était applicable aux travaux occasionnels dont il était convenu chaque fois sur la base d'un accord verbal, et au chiffre 11 que l'employeur n'était pas tenu d'assigner un travail à l'employé, et que ce dernier n'était pas tenu d'accepter un travail qui lui était proposé. Il a également joint les décomptes de salaires perçus, notamment ceux afférents à décembre 2006 (761 fr. 70), janvier 2007 (434 fr.) et février 2007 (1'302 fr.). Selon un téléphone de l'assurance avec un responsable de cette société, l'assuré a travaillé normalement pour l'entreprise de décembre 2006 à avril 2007, sans signaler son accident. Il avait également signé un nouveau contrat de travail en 2008, mais n'avait exercé aucune activité cette année. Le contrat avait été résilié le 31 janvier 2008. Par courrier du 21 décembre 2010, l'assurance a refusé des prestations complémentaires à l'assuré en raison de son activité accessoire pour Y_____ SA. Par courrier du 21 décembre 2010, l'assuré s'est opposé à la décision de l'assurance du 8 décembre 2010. Par décision du 24 février 2011, l'assurance a accordé à l'assuré une rente de 20 %, dès le 1^{er} février 2011, d'un montant de 929 fr. 80 auquel s'ajoutait l'allocation de renchérissement de 26 fr. 95, fondée sur le revenu perçu par l'assuré l'année précédant l'accident. Le degré d'invalidité résultait de la comparaison du revenu sans invalidité de 69'862 fr. avec le revenu dans une activité exigible à 100 % de 56'167 fr. Le revenu d'invalidé se fondait sur la moyenne des salaires obtenus dans cinq emplois décrits dans les descriptifs de postes de travail (DPT) et adaptés aux limitations fonctionnelles de l'assuré, en tant que collaborateur de production, ouvrier de brasserie et caissier, choisis parmi 72 postes. Les revenus minimaux dans ces emplois étaient de 53'320 fr., tandis que les revenus maximaux s'élevaient à 59'014 fr. Selon les DPT joints à la décision, aucun de

ces emplois n'impliquait de travailler les bras au-dessus de la tête et seul un des postes exigeait le port de charges entre 5 et 10 kg, ce rarement. L'indemnité de 18'690 fr., correspondant à une atteinte à l'intégrité de 17.50 %, était pour le surplus confirmée. L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 17 mars 2011. Il a contesté le revenu sans invalidité, lequel ne tenait pas compte du gain accessoire réalisé chez Y _____ SA. Il a également contesté le degré d'invalidité et l'exigibilité d'une autre activité au plan médical, ainsi que le revenu d'invalidité. Il considérait de plus que son atteinte à l'intégrité devait être de 30 %. Le Pr G _____, dans son courrier du 20 avril 2011 à l'assurance, a signalé que les séquelles de la rupture de la coiffe des rotateurs empêchaient l'assuré de pratiquer une activité lucrative dans le domaine de la maçonnerie, mais qu'un reclassement dans un travail moins lourd était possible, dans la mesure où cette activité ne nécessitait pas l'utilisation en force de son membre supérieur droit. L'assuré a complété son opposition le 13 mai 2011. Il a affirmé qu'il avait réalisé un gain annuel de 69'736 fr., allocations familiales incluses, auquel s'ajoutait un gain accessoire de 3'805 fr. 90 qu'il avait perçu en travaillant pour Y _____ SA du 15 décembre 2006 au 30 avril 2007, soit 73'542 fr. au total. Le salaire d'invalidité devait tenir compte du gain accessoire. S'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit l'absence de port de charges et de mouvements au-dessus des épaules, l'assuré a relevé qu'elle ressortait du seul rapport du Dr I _____, alors que les médecins de la CRR avaient retenu que les importantes douleurs au niveau de l'épaule droite limitaient très fortement la mobilité. L'assuré a dès lors requis un deuxième avis médical. Quant au montant du revenu d'invalidité, les critères personnels et professionnels devaient être pris en compte dans la fourchette déterminée par le salaire minimum et le salaire maximum, et le revenu en l'espèce correspondait à la moyenne de l'ensemble des salaires minimums issus des DPT, soit 53'320 fr., et non à celle des salaires moyens. De plus, ses douleurs justifiaient une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % au minimum. L'estimation de cette indemnité ressortant également du seul rapport du Dr I _____, l'assuré a sollicité un deuxième avis médical. Le 24 mai 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il procéderait à une évaluation du 6 juin au 3 juillet 2011 au Centre d'observation professionnelle de l'AI, durant laquelle des indemnités journalières seraient versées. Par décision du 7 juin 2011, l'assurance a partiellement admis l'opposition, en ce sens que le gain annuel assuré sur lequel était calculé la rente a été fixé à 72'234 fr., et confirmé sa décision pour le surplus. Pour le gain annuel assuré, il convenait d'ajouter la part du revenu réalisé chez Y _____ SA jusqu'au 14 février 2007, soit 761 fr. 70 pour décembre 2006 et 434 fr. pour janvier 2007. Le revenu de février de 1'302 fr. était pris en compte dans son intégralité par économie de procédure. Quant à l'absence de mobilité de l'épaule alléguée par l'assuré, elle avait certes été constatée par les médecins de la CRR, mais leur examen n'était pas interprétable compte tenu de la défense active manifestée par l'assuré. Les rapports des médecins de la CRR et du Dr I _____ ne contenaient pas de contradictions intrinsèques et leurs conclusions étaient motivées, de sorte qu'ils devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'assuré n'amenait du reste pas d'autre élément permettant de mettre en doute leurs avis. S'agissant de la prise en compte du salaire moyen minimum ressortant des DPT, l'assurance a rappelé que selon la jurisprudence, il fallait fonder le revenu d'invalidité sur la valeur moyenne des salaires moyens. S'agissant de l'intégration du gain accessoire au revenu sans invalidité, l'assurance a retenu que l'activité accessoire reposait sur un contrat à durée déterminée, qui concernait de plus des tâches occasionnelles, à fixer chaque fois par consentement mutuel. Un tel contrat ne garantissant pas l'attribution d'un emploi accessoire, il n'était pas établi au

degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré aurait continué à réaliser un gain accessoire. Il n'y avait dès lors pas lieu d'en tenir compte dans la fixation du revenu de valide. Quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assurance a souligné qu'il était déterminé par les médecins et fixé par des barèmes de référence. L'assuré n'amenait aucun élément susceptible de remettre en cause l'appréciation du Dr I _____, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Dans un courrier du 9 juin 2010, l'assurance a indiqué à l'assuré que le montant de la rente adapté à la suite de l'opposition était de 963 fr. 10, allocation de renchérissement de 27 fr. 95 non incluse. L'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'assurance (ci-après l'intimée) par acte du 8 juillet 2011. Il sollicite un délai pour compléter son recours, et conclut sous suite de dépens, préalablement à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit diligentée, et au fond à l'annulation de la décision du 7 juin 2011 et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50 % dès le 1^{er} février 2011. S'agissant du gain accessoire réalisé auprès de Y _____ SA, il allègue qu'il ne s'agissait pas d'un travail sur appel mais qu'il aurait été occupé tous les week-ends pendant toute la durée du contrat saisonnier, les calendriers et les missions étant affichés à l'avance, ce qui représentait 3'805 fr. 90 avant l'augmentation de 10 %. Son revenu sans invalidité se serait ainsi élevé à 74'048 fr. 49, soit 69'862 fr. et 4'186 fr. 49. Le taux d'invalidité serait ainsi de 24.15 %. Il relève que l'appréciation des limitations fonctionnelles par l'intimée ne repose que sur les rapports des Drs D _____ et I _____, alors que tant les médecins de la CRR que le Pr G _____ ont fait état d'importantes douleurs. Il allègue souffrir encore de ses douleurs, qui se manifestent dans n'importe quelle activité impliquant son bras droit. Il offre de prouver qu'il lui est impossible de solliciter son bras droit plus de quelques heures sans interruption, et ce dans n'importe quelle activité adaptée. Il a notamment joint à son recours un certificat établi le 17 janvier 2011 par le Pr G _____, indiquant qu'il se plaint de paresthésies et de douleurs au niveau de son index, qui pourraient être en relation avec un syndrome du tunnel carpien actuellement sous investigation, et que son épaule est douloureuse, avec une élévation maximale à 120°, une rotation externe à 40°, une rotation interne au sacrum et concluant qu'il n'est pas apte à travailler, notamment sur un chantier, cette situation étant due à son épaule droite. Un délai au 12 août 2011 a été imparti au recourant par la Cour de céans pour compléter son recours. Le recourant a complété son recours par écriture du 9 août 2011. Il se réfère aux pièces produites et allègue que le Pr G _____ le considère apte à exercer à 50 % toute activité ne nécessitant pas de mouvements en force de l'épaule droite et évitant le port de charges de plus de 5 kg, et que la position de l'intimée considérant qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité sans port de charges de plus de 10 kg et de sollicitations de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale est dès lors erronée. Il a joint les pièces suivantes à son envoi: certificat du Pr G _____ du 24 mars 2011, attestant d'une incapacité de travail totale du 3 novembre 2009 au 24 mars 2011, mais d'une capacité dans toute activité ne sollicitant pas l'épaule droite en force et évitant des charges de plus de 5 kg; certificat du Pr G _____ du 9 mai 2011, certifiant que le recourant est apte à travailler à 50 % dans une autre activité que celle exercée jusqu'à maintenant. L'intimée, dans sa réponse du 19 septembre 2011, a conclu au rejet du recours. Elle rappelle que si les douleurs alléguées ne sont pas contestées, elles ont été prises en compte dans la détermination de l'activité adaptée, qui exclut le port de charges et les mouvements répétés du bras droit. Au demeurant, aucun médecin n'a indiqué que toute activité exercée avec le bras droit serait impossible. S'agissant du gain accessoire réalisé, c'est à juste titre qu'il n'a pas été pris en compte dès lors que l'activité a été interrompue en

avril 2007, alors que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail. L'assuré n'était d'ailleurs pas resté au sein de l'entreprise en 2008, bien que son incapacité de travail ne soit alors pas durable. Partant, la poursuite de cette activité n'était pas certaine, ni même probable. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture au recourant par courrier du 26 septembre 2011. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et sur l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent 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 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) 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. Ainsi, 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). d) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 , consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 , consid. 2.1; ATF 124 V 90 , consid. 4b; ATF 122 V 157 , consid. 1d). e) En l'espèce, le rapport du Dr I _____ du 1^{er} décembre 2010 correspond aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical du recourant, tient compte des plaintes subjectives de celui-ci, a été établi après un examen clinique et ses conclusions sont motivées. Partant, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'appréciation du Dr I _____ selon laquelle le recourant est apte à travailler à temps complet dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit un poste dans lequel le recourant ne doit pas lever le bras droit au-dessus de l'horizontale, effectuer des mouvements répétés des bras ou porter des charges supérieures à 10 kg. On notera par ailleurs que l'avis du Dr I _____ n'est pas en contradiction avec les rapports établis par les médecins de la CRR. Si les Drs J _____, K _____ et M _____ ont certes constaté que le recourant évitait de mobiliser son épaule droite, ils n'ont pu poser de diagnostic clair permettant d'expliquer les douleurs du recourant et n'ont ainsi pas fait état d'un argument clinique expliquant le caractère non fonctionnel de l'épaule. Ces spécialistes ne se sont au demeurant pas prononcés expressément sur les limitations fonctionnelles du recourant, dont ils n'ont au demeurant pas évalué la capacité de travail dans une activité adaptée. Les indications du Pr G _____ ne suffisent pas non plus à remettre en cause les conclusions du Dr I _____ quant aux limitations fonctionnelles. Il ressort en effet du rapport du 17 janvier 2011 du Pr G _____ que les mouvements de l'épaule ne sont pas impossibles, puisqu'il fait état des amplitudes articulaires constatées lors de l'examen clinique. Les conclusions de ce médecin quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée rejoignent d'ailleurs celles du Dr I _____, puisqu'il indique dans son rapport du 24 mars 2011 une capacité dans toute activité sans sollicitation en force de l'épaule droite et sans port de charges de plus de 5 kg. Certes, le Dr I _____ exclut le port de charges à 10 kg tandis que le Pr G _____ le limite aux poids supérieurs à 5 kg déjà. Cette différence n'est cependant pas décisive pour exclure le caractère exigible d'une activité adaptée. Il sied d'ailleurs de souligner que seul un des DPT fournis par l'intimée implique – au demeurant rarement – le port de charges supérieures à 5 kg. Ainsi, le fait que la décision de l'intimée quant à l'activité exigible repose sur la seule appréciation du médecin d'arrondissement ne prête pas flanc à la critique, contrairement à ce qu'allègue le recourant. Il n'existe en effet aucun avis médical susceptible de la remettre en question. S'agissant en particulier de la capacité de travail, le certificat du Pr G _____ du 9 mai 2011 , constatant une aptitude à 50 % dans une autre activité que celle de maçon, n'est guère suffisant. On rappelle que ce médecin a attesté tant dans son certificat du 24 mars 2011 que dans son courrier du 20 avril 2011 d'une capacité dans une activité adaptée sans faire état d'une quelconque restriction quant au taux exercé, de sorte que cette nouvelle conclusion, en contradiction claire avec ses récents rapports et nullement motivée, ne peut être retenue. Compte tenu de ce qui précède, les conclusions du Dr I _____ doivent être suivies et la mise en œuvre d'une expertise sur ce point s'avère superflue, par appréciation anticipée des preuves. Selon l'art. 18 al. 1^{er} 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. a) En préambule, il sied de préciser que la notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue

durée. 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 (art. 7 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 (art. 16 LPGA).

b) Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (ATF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). La prise en compte de ces gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (ATF 8C_676/2007 du 11 mars 2008, consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (ATF 8C_274/2009 du 3 décembre 2009, consid. 6 et les références).

c) S'agissant de la fixation du revenu d'invalide, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd., p. 294ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472).

d) Il convient d'examiner le calcul du degré d'invalidité à la lumière des considérants qui précèdent. S'agissant du revenu sans invalidité, la Cour de céans observe que l'intimée n'indique pas comment elle parvient à un revenu de 69'862 fr. à titre de revenu sans invalidité. En effet, selon les indications de l'employeur, le recourant aurait perçu un salaire de 5'320 fr. par mois versé 13 fois en 2010, soit 69'160 fr. Toutefois, dans la mesure où le montant tiré de l'activité principale n'est pas contesté par le recourant,

et se révèle favorable au recourant, elle ne s'en écartera pas. En revanche, le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir pris en compte le revenu qu'il tirait de son activité accessoire. C'est le lieu de rappeler que 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 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 193, consid. 2). En l'occurrence, le recourant n'exerçait cette activité accessoire que depuis peu lors de l'événement du 15 février 2007. De plus, contrairement à ce qu'il affirme, le contrat de travail conclu avec Y_____ SA porte clairement sur un contrat de travail sur appel, ne fournissant aucune garantie d'occupation puisque chaque engagement effectif devait faire l'objet d'un accord verbal entre les parties. En outre, les certificats de salaires que le recourant a produits pour l'unique année lors de laquelle il a été employé par cette société affichent des variations importantes, si bien qu'on ne saurait admettre que dans son cadre saisonnier, cette activité s'exerçait de manière régulière. Le fait que les horaires soient affichés à l'avance dans l'entreprise relève d'une simple mesure organisationnelle, et ne suffit pas à prouver que le recourant aurait effectivement eu des engagements. Il n'est donc pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il pouvait à nouveau prétendre à des engagements effectifs dès décembre 2007. Pour ce motif déjà, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas retenu le revenu tiré de cette activité. En outre, lorsque le recourant a signé sa deuxième convention avec cette société, il se trouvait déjà en incapacité de travail en tant que maçon. S'il a malgré cet élément cherché à exercer une activité accessoire, on peut raisonnablement en déduire que celle-ci était adaptée à ses limitations fonctionnelles et que le motif pour lequel il n'a finalement pas eu d'engagement n'était pas lié à ses limitations fonctionnelles, mais à des circonstances sans lien avec son atteinte à la santé. Or, conformément à la jurisprudence exposée, il n'y a pas lieu de prendre en compte un gain accessoire lors de la fixation du revenu sans invalidité dans un tel cas. Quant au revenu d'invalidité, le recourant allègue qu'il y a lieu de ne retenir que le montant minimal de la rémunération afin de tenir compte des critères personnels et professionnels. Si la doctrine admet en effet que les critères personnels et professionnels peuvent être pris en compte dans la fourchette déterminée par le salaire minimum et le salaire maximum de chaque poste de travail (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^{ème} éd., 2007, n. 175), le Tribunal fédéral a pour sa part confirmé dans plusieurs arrêts que c'est la valeur moyenne des cinq emplois à laquelle il faut se référer pour déterminer le revenu d'invalidité (ATF 8C_356/2008 du 10 décembre 2008, consid. 5). Par ailleurs, l'intimée dispose d'un certain pouvoir d'appréciation dans le choix des DPT retenus, qu'on ne saurait remettre en question sans motif pertinent (ATF U 405/05 du 19 juin 2006, consid. 4.2). En outre, même à supposer qu'il faille s'écarter du revenu moyen des DPT pour tenir compte des particularités du cas d'espèce, on ne voit pas ce qui justifierait la prise en compte du seul revenu minimum. En effet, compte tenu de l'expérience professionnelle dont dispose le recourant et de son âge, il n'y a pas de raison qu'il ne puisse réaliser le salaire moyen ressortant des DPT. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a fixé le revenu sans invalidité à 69'862 fr. et le revenu dans une activité adaptée à 56'167 fr. La comparaison de ces revenus aboutit à un degré d'invalidité de 19.6 %, arrondi à 20 %. La décision de l'intimée doit dès

lors être confirmée sur ce point. Quant au montant de la rente, l'art. 22 al. 4 1^{ère} phrase de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202) dispose que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit. Selon les informations données par l'employeur, l'assuré a réalisé un revenu total, allocations et autres indemnités incluses, de 69'736 fr. du 15 février 2006 au 14 février 2007. A cela s'ajoute la rétribution perçue jusqu'au 14 février 2007 auprès de son second employeur, soit 2'497 fr. 70. Le revenu global durant l'année précédant l'accident est ainsi de 72'233 fr. 70. Une rente totale s'élèverait à 80 % de ce montant, soit 57'786 fr. 95 par année, et une rente de 20 % de ce montant correspond à 963 fr. 10 par mois. Le calcul de l'intimée est donc exact. Le recourant conteste également le degré retenu pour l'atteinte à l'intégrité. a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à cette délégation de compétence, 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29, consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué 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, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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 dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 8C_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.2; ATF 124 V 209, consid. 4a/cc). b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle 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). 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. 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 (ATF 115 V 147 , consid. 1). L'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 (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. , n. 235; ATF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1). c) En l'occurrence, le Dr I_____ a retenu une indemnité de 17.5 %. Selon la table 1 relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA de la SUVA, une épaule mobile jusqu'à l'horizontale donne droit à une indemnité de 15 %, tandis qu'une périarthrite scapulo-humérale correspond à un taux de 10 % si elle est moyenne et 25 % si elle est grave. Le degré de 17.5 % retenu par le médecin est ainsi conforme aux tables d'indemnisation et se révèle d'ailleurs supérieur à celui qu'aurait pu prétendre le recourant si le Dr I_____ avait tenu compte de la seule limitation objective de la mobilité de l'épaule. De plus, comme cela a été relevé, l'indemnisation d'une atteinte à l'intégrité physique ne tient pas compte de facteurs subjectifs mais s'opère de manière forfaitaire, quelles que soient les circonstances particulières du cas. Partant, l'intensité des douleurs ressenties par le recourant ne justifie pas une indemnité plus élevée. Par ailleurs, ce dernier n'a fourni aucun élément médical permettant de revenir sur le taux retenu par le médecin d'arrondissement de l'intimée, bien qu'un délai à cet effet lui ait été accordé par la Cour de céans. En l'absence de tout document médical suffisant pour remettre en cause l'estimation de l'atteinte à l'intégrité par le Dr I_____, il s'avère inutile, par appréciation anticipée des preuves, de procéder à une deuxième évaluation de cette atteinte. En conséquence, le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit également être confirmé. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le