

GE_GERICHTE A/2876/2014 vom 25. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2876_2014

FR: GE_GERICHTE A/2876/2014 du 25 février 2015

IT: GE_GERICHTE A/2876/2014 del 25 febbraio 2015

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à FAUCIGNY, FRANCE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1962, a achevé en 1984 une formation professionnelle en maçonnerie, secteur dans lequel il a par la suite toujours travaillé. Du 15 novembre 2010 au 14 février 2011, il a été employé par B_____ SA et placé dans l'entreprise C_____. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA). ![endif]>![if> 2. A partir du 15 février 2011, l'assuré a été mis au service d'une autre société. En incapacité totale de travail dès le 10 juin 2011 en raison d'une dépression, il a perçu des prestations de son assureur maladie perte de gain.![endif]>![if> 3. Par déclaration de sinistre du 21 juin 2011, C_____ a informé la SUVA que l'assuré avait été victime d'un accident professionnel le 1 er février 2011. Il s'était blessé au bras et à l'épaule gauches suite à une chute. ![endif]>![if> 4. En raison de la persistance des douleurs, l'assuré a consulté le service des urgences des Hôpitaux universitaires du Canton de Genève le 21 juin 2011. Les radiographies de l'épaule ont mis en évidence une ascension de la tête humérale évoquant une atteinte de la coiffe des rotateurs. Quant au coude, un possible arrachement osseux ancien au niveau de l'épicondyle latéral de l'humérus et une fusion d'un noyau d'ossification au niveau de l'olécrâne étaient signalés. L'incapacité de travail était totale dès ce jour.![endif]>![if> 5. Le 30 juin 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) de l'épaule gauche. Dans son rapport établi le lendemain, ce médecin a conclu à des signes d'un conflit avec une bursite floride, sans évidence de fracture ni de lésion tendineuse majeure, et à la suspicion d'une lésion de type SLAP (superior labrum from anterior to posterior).![endif]>![if> 6. Par rapport du 11 août 2011, le Dr E_____, médecin praticien FMH, a diagnostiqué une tendinite et une bursite de l'épaule gauche, et relevé une lente amélioration. Le traitement en cours consistait en une immobilisation, la prise d'antalgiques et de la physiothérapie. ![endif]>![if> 7. En septembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après OAI).![endif]>![if> 8. Le 29 novembre 2011, le Dr F_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une échographie de l'épaule gauche et conclu à une rupture complète de la coiffe au détriment du sus-épineux, accompagnée d'une bursite irritative.![endif]>![if> 9. Par rapport du 23 décembre 2011, le Dr G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une rupture post-traumatique du sus-épineux gauche. La persistance d'un conflit sous-acromial avec une faiblesse du sus-épineux avait justifié deux infiltrations

sous-acromiales. Une évaluation chirurgicale était en outre nécessaire. !endif]>[if> 10. En date du 8 février 2012, l'assuré a été opéré par le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport opératoire établi le lendemain, ce médecin a retenu les diagnostics de schizophrénie, de rupture massive de la coiffe de l'épaule gauche, et d'état dépressif. L'intervention avait consisté en une arthroscopie, une acromioplastie, une ténodèse du biceps et une suture du sous-scapulaire et du sous-épineux. Depuis lors, ce médecin a attesté d'une totale incapacité de travail. !endif]>[if> 11. Le 23 mai 2012, il a indiqué que l'évolution était lentement favorable, que l'assuré présentait une épaule gelée post-opératoire et suivait des séances de physiothérapie. !endif]>[if> 12. Mandaté par l'assureur perte de gain, le Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 21 juin 2012. Il en ressort notamment que l'assuré avait fait état d'un conflit professionnel avec un vécu de racisme et avait présenté un trouble de l'adaptation avec une humeur anxio-dépressive. La situation s'était compliquée suite au sinistre de février 2011. Le médecin a conclu que les troubles psychiques n'occupaient plus une place significative et que la capacité de travail était entière, d'un point de vue psychiatrique, au plus tard dès le 1 er juin 2012. !endif]>[if> 13. Se fondant sur cette expertise, l'assureur perte de gain a mis un terme à ses prestations à partir du 1 er juillet 2012. !endif]>[if> 14. Le 31 juillet 2012, l'assuré a été examiné par le Dr J_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport établi le jour même, ce médecin a relaté que l'assuré, droitier, était toujours gêné par son épaule gauche, que ses douleurs apparaissaient surtout à l'effort, mais parfois également au repos. Le Dr J_____ a constaté un bon état général apparent et une gestuelle légèrement diminuée du côté gauche. Il a signalé une atrophie musculaire manifeste au niveau de tout le membre supérieur gauche et une discrète amyotrophie du sus-épineux. La palpation était douloureuse sur la partie externe de l'épaule et du coude. Des douleurs à la mobilisation, une importante restriction de la mobilité, en particulier dans les mouvements en élévation, ainsi qu'une forte diminution de la force de préhension étaient en outre relevées. Un séjour à la Clinique romande de réadaptation était suggéré, mais l'assuré ne pouvait envisager de se séparer de sa famille et préférait continuer à faire de la physiothérapie et des exercices à domicile. En conclusion, sa capacité de travail était actuellement nulle dans le domaine de la construction. Par contre, un travail ne nécessitant ni manutention de charges dépassant les 5 kg, ni élévation du bras au-dessus de l'horizontale pourrait être envisagé. L'assuré avait déjà travaillé dans une entreprise de micromécanique et estimait pouvoir reprendre immédiatement une telle activité. !endif]>[if> 15. Par rapport du 20 octobre 2012, le Dr H_____ a confirmé le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs et indiqué que son pronostic était réservé. Un dommage permanent pouvait être attendu. !endif]>[if> 16. Le 1 er novembre 2012, le Dr K_____, radiologue FMH, a procédé à une arthro-IRM de l'épaule gauche, examen ayant mis en évidence une discrète altération compatible avec une capsulite débutante, une discrète quantité de liquide dans la partie pré-insertionnelle du tendon supra-spinatus, compatible avec une déchirure partielle de la face articulaire. !endif]>[if> 17. Le 28 février 2013, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport final suite à un nouvel examen de l'assuré. Il a observé une limitation douloureuse de l'élévation active de l'épaule gauche qui atteignait difficilement 110°, une légère diminution de la rotation externe (20° à gauche contre 25° à droite), une amyotrophie modérée du bras gauche et quelques signes d'une épicondylite gauche résiduelle, mais la mobilité du coude était bien conservée. Sur le plan médical, la situation pouvait être considérée comme

stabilisée, bien que l'on puisse encore espérer une légère amélioration spontanée avec le temps. Au niveau thérapeutique, la situation actuelle relevait d'un suivi médical espacé à long terme, de mesures ponctuelles d'antalgie et d'auto-physiothérapie. Sur le plan professionnel, l'activité exercée avant le sinistre n'était plus envisagée. En revanche, l'assuré pourrait vraisemblablement mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité n'exigeant pas de sollicitation du bras gauche au-dessus de l'horizontale, ni de port de charges supérieures à 10 kg. [endif]>[if> 18. Estimant que les séquelles de l'accident ouvraient le droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité, le Dr L_____ l'a fixée, en date du 28 février 2013, à 12,5%, sur la base de la table I des barèmes d'indemnisation.[endif]>[if> 19. Lors d'une conversation téléphonique du 22 juillet 2013, l'assuré a contesté l'appréciation du Dr L_____, mentionnant qu'il souffrait déjà à partir de 30° en levant son bras et qu'au-dessus, les douleurs devenaient insupportables. De plus, celles-ci étaient plus présentes qu'avant l'opération.[endif]>[if> 20. Le 30 octobre 2013, l'OAI a rendu un projet de décision, contesté par l'assuré, au terme duquel une rente entière d'invalidité lui était octroyée du 1^{er} mars au 31 octobre 2012. Dès le 1^{er} novembre 2012, le degré d'invalidité était fixé à 11%, de sorte que l'assuré ne pouvait pas prétendre à une rente. En outre, les mesures professionnelles étaient refusées. [endif]>[if> 21. Par courrier adressé à l'OAI le 20 décembre 2013, la SUVA s'est étonnée qu'aucune mesure professionnelle n'ait été octroyée à l'assuré. Au vu de cette situation, elle avait décidé de prendre en charge un cours de cariste du 17 au 20 février 2014, afin de permettre à l'assuré de retrouver une nouvelle activité professionnelle. La SUVA sollicitait que l'OAI accorde à l'intéressé une aide au placement dès le 1^{er} mars 2014.[endif]>[if> 22. Par courrier du 7 avril 2014, la SUVA a informé l'assuré que, conformément à l'appréciation du Dr L_____, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident. L'assuré était donc invité à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. Afin de lui permettre d'entreprendre des démarches pour trouver un emploi adapté, l'indemnité journalière serait versée jusqu'au 30 juin 2014 sur la base d'une incapacité totale de travail. En outre, la SUVA continuerait à prendre en charge les traitements antalgiques et un contrôle annuel chez un spécialiste de l'épaule, et l'OAI examinerait la mise en œuvre de mesures de réadaptation. [endif]>[if> 23. Par décision du 23 juillet 2014, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5%, soit un montant de CHF 15'750.-. [endif]>[if> 24. En date du 1^{er} août 2014, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, soutenant qu'il avait droit à un reclassement professionnel et aux indemnités journalières de la SUVA, dans l'attente d'une décision de l'OAI.[endif]>[if> 25. Par décision du 20 août 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 12,5%, taux moyen entre celui attribué pour une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale et celui prévu pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. En outre, elle a rappelé que les mesures professionnelles étaient uniquement du ressort de l'assurance-invalidité, et mentionné qu'elle était chargée d'examiner le droit de l'assuré à une rente d'invalidité transitoire dès le 1^{er} juillet 2014 et de rendre sur ce point une décision formelle susceptible d'opposition.[endif]>[if> 26. En date du 10 septembre 2014, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après OAIE) a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 octobre 2012. Le droit à la rente s'éteignait à l'issue d'une période de trois mois d'amélioration de la capacité de gain, soit dès le 31 octobre 2012, étant rappelé que l'assuré avait récupéré une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le 31 juillet 2012. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était

fixé à 11%. En outre, les mesures de réadaptation étaient sans objet, et l'assuré était invité à confirmer son intérêt pour une aide au placement. 27. Par acte du 23 septembre 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition de la SUVA, relevant qu'il n'avait pas récupéré l'usage de son bras, qu'il lui était impossible d'exercer son métier et qu'il n'avait aucune formation. 28. Dans sa réponse du 17 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Elle a en substance invoqué que l'état de santé du recourant était stable, que l'invalidité retenue par les autorités de l'OAI était inférieure au seuil permettant de verser une rente, et qu'il ne lui incombait pas de procéder à des mesures de reclassement professionnel, ces dernières étant du ressort de l'OAI. Par ailleurs, elle a confirmé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, taux que le recourant ne semblait pas contester. Partant, c'était à bon droit qu'elle avait mis fin aux indemnités journalières, refusé le versement d'une rente et alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 29. Dans ses observations du 12 novembre 2014, le recourant, représenté par l'Association suisse des assurés, a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1^{er} juillet 2014. Il a fait valoir que, contrairement au médecin-conseil de l'intimée, les médecins qui le suivaient régulièrement estimaient que son incapacité totale de travail perdurait en raison de ses affections à l'épaule et au bras gauches consécutives à son accident de 2011, que son état de santé n'était pas stabilisé, qu'il restait très limité dans les activités du quotidien, et que sa capacité de travail était fortement réduite, de manière durable, dans toute activité professionnelle. Il a ajouté être dans l'attente d'un jugement du Tribunal fédéral administratif dans le cadre de son litige l'opposant à l'OAIE. 30. Le recourant a joint à ses écritures, entre autres, un certificat du Dr H_____ du 25 septembre 2014 attestant d'une totale incapacité de travail, et un rapport du 3 octobre 2014 de la Dresse M_____, médecin en France, duquel il ressort que le recourant présentait des douleurs, une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, une rotation interne incomplète et très algique, ainsi qu'un craquement en extension du membre supérieur gauche. 31. Par courriers des 9 décembre 2014 et 23 janvier 2015, l'intimée a maintenu ses conclusions et informé la chambre de céans que la décision sur opposition avait été reçue par le recourant le 28 août 2014. 32. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 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. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 23 septembre 2014 contre la décision sur opposition du 20 août 2014, notifiée le 28 août 2014, est recevable en vertu des art. 56ss LPGA. 3. a. Concernant l'objet du litige, il y a lieu de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). L'objet de la contestation est le rapport juridique visé par la décision

(arrêt du Tribunal fédéral 9C_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 3.1). En l'occurrence, la décision litigieuse du 20 août 2014 rejette l'opposition du recourant et confirme la décision du 23 juillet 2014, laquelle ne porte que sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Compte tenu du fait que le recourant a fait valoir d'autres prétentions à l'appui de son opposition, notamment le droit à des mesures professionnelles et à des indemnités journalières, l'intimée a précisé, dans sa décision sur opposition, qu'il lui incomberait d'examiner le droit à une rente d'invalidité transitoire et de rendre sur ce point une décision formelle sujette à opposition. Partant, les conclusions du recourant tendant à l'octroi de prestations au-delà du 1^{er} juillet 2014 sont irrecevables, dès lors que le litige porte uniquement sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b. Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. L'al. 2 précise que si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation. Selon l'al. 3, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. L'importance d'une suppression de prestations temporaires (indemnités journalières, traitement médical) ne se mesure pas à la durée du versement de ces prestations, car ce qui est important ne réside pas dans la fin de la période d'indemnisation – qu'elle ait été longue ou courte –, mais dans la liquidation du cas ex nunc et pro futuro puisque les personnes assurées ne peuvent plus compter sur aucune prestation. C'est pourquoi, en cas de suspension du traitement médical ou de l'indemnité journalière, l'assureur doit liquider le cas en rendant une décision formelle et ne peut pas le faire selon une procédure informelle (ATF 132 V 412 consid. 4). Selon la jurisprudence, celui qui entend contester le refus, total ou partiel, de prestations communiqué à tort selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_63/08 du 12 mars 2008 consid. 2). En l'espèce, la chambre de céans relève que le courrier du 7 avril 2014 par lequel l'intimée a avisé le recourant qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière à compter du 30 juin 2014 et prendrait uniquement en charge des traitements antalgiques et un contrôle annuel chez un spécialiste, n'est pas une décision formelle. Or, le recourant conteste non seulement la suppression des indemnités journalières, mais également celle du traitement médical puisqu'il allègue que son état de santé n'est pas stabilisé. De surcroît, il invoque que sa capacité de travail est définitivement limitée dans toute activité, de sorte que se pose la question d'un éventuel droit à une rente. Il appartiendra donc à l'intimée de se déterminer formellement sur ces points, au moyen d'une décision susceptible d'être contestée par la voie de l'opposition.

4. a. Aux termes de l'art. 24 al. 1 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. A teneur de l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.20), 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 ou mentale 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'OLAA (al. 2). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Ce

dernier doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). b. Selon l'art. 25 LAA, 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 (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA). Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1^{ère} phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2 ; RAMA 1998 p. 602). 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. Cette indemnité 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, elle se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). c. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). 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 1^{ère} phrase). Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité (ch. 1 al. 3). Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in SUVA Medical 2012, p. 202). d. 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). A titre d'exemple, les tables d'indemnisation prévoient, concernant le taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnelles des membres supérieurs, qu'une

épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale donne droit à un taux de 10%, et qu'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale donne droit à un taux de 15 %.

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 (ATF 122 V 157 consid. 1b).

!endif>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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. 3b/cc).

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 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).

!endif>![if>

7. a. En l'espèce, le recourant a présenté une rupture massive de la coiffe de l'épaule gauche qui a nécessité une arthroscopie, une acromioplastie, une ténodèse du biceps et une suture du sous-scapulaire et du sous-épineux en date du 8 février 2012. A trois mois de

l'intervention, le chirurgien a signalé une épaule gelée et le recourant suivait des séances de physiothérapie. Le 31 juillet 2012, après avoir examiné le recourant et rapporté ses plaintes, le Dr J_____ a constaté une atrophie musculaire manifeste au niveau de tout le membre supérieur gauche et une discrète amyotrophie du sus-épineux. Il a relevé que la gestuelle du recourant était légèrement diminuée à gauche et que la palpation était douloureuse sur la partie externe de l'épaule et du coude. Il a fait état de douleurs à la mobilisation, d'une importante restriction de la mobilité en particulier dans les mouvements en élévation, ainsi que d'une forte diminution de la force de préhension. A titre de limitations fonctionnelles, il a exclu les activités impliquant des manutentions de charges de plus de 5 kg et l'élévation du bras au-dessus de l'horizontale. Sept mois plus tard, soit le 28 février 2013, le Dr L_____ a examiné le recourant et considéré que la situation était stabilisée. Il a constaté une limitation douloureuse de l'élévation active de l'épaule gauche qui atteignait difficilement 110°, une légère diminution de la rotation externe, une amyotrophie modérée du bras gauche et quelques signes d'une épicondylite gauche résiduelle. Il a confirmé que le recourant pourrait exercer un travail ne sollicitant pas le bras gauche au-dessus de l'horizontale, et limité le port de charges à 10 kg. S'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il a retenu le taux moyen entre ceux attribués à une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale (10%) et à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale (15%), soit 12,5%. b. S'agissant de l'appréciation médicale, la chambre de céans observe que le rapport final du Dr L_____ du 28 février 2013 est basé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier du recourant. L'état de santé de ce dernier a fait l'objet d'exams approfondis, ses plaintes ont été prises en considération et le médecin d'arrondissement a livré des constatations claires, exposant que l'élévation active de l'épaule gauche atteignait difficilement 110° et que la rotation externe était légèrement diminuée (5° de différence avec le côté droit). Aucune pièce produite par-devant la chambre de céans n'est propre à remettre en cause ces observations, ce que le recourant ne fait au demeurant pas. En effet, le rapport du Dr K_____ du 1^{er} novembre 2012 et les arrêts de travail signés par le Dr H_____ ne comportent aucune indication quant aux limitations physiques présentées par le recourant. S'agissant du rapport du Dr H_____ du 20 octobre 2012, il mentionne uniquement qu'un dommage permanent peut être attendu, sans l'évaluer ni préciser la nature des lésions et restrictions résiduelles. Quant à l'appréciation de la Dresse M_____ du 3 octobre 2014, laquelle fait notamment état de douleurs, d'impotence fonctionnelle, de rotation interne incomplète et très algique, ainsi que d'un craquement en extension du membre supérieur gauche, force est de constater que le médecin-traitant ne fournit pas la moindre donnée objective susceptible de contredire les mesures réalisées par le Dr L_____. Le taux retenu par le médecin d'arrondissement, soit le taux moyen entre celui attribué à une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale, à savoir 120°, et celui attribué à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale, à savoir 90°, n'est pas critiquable puisqu'il correspond à une mobilité jusqu'à 105°. En outre, aucune aggravation de l'atteinte à l'intégrité n'est à craindre. Au contraire, une légère amélioration spontanée peut être espérée avec le temps. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans attribue une pleine valeur probante au rapport du Dr L_____ et confirme le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 12,5%, ce qui correspond à un montant de CHF 15'750.-. 8. Il convient toutefois de constater que, de façon incompréhensible, l'intimée ne s'est à ce jour pas encore prononcée sur l'octroi d'une rente transitoire ou, à défaut, d'une rente définitive au recourant. Il est à cet égard à relever qu'aux termes de l'art. 30 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202,

lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

Selon la jurisprudence, une rente transitoire est allouée pendant toute la durée de la procédure menant à la décision de l'AI; elle concerne la durée totale de cette procédure, y compris lorsqu'il y a recours dès lors que l'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations dépend de la décision de l'assurance-invalidité portant sur le droit de l'assuré aux mesures de réadaptation d'ordre professionnel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 27 mars 2006 U 434/04 consid. 2). Or, en l'occurrence, l'état est stabilisé et l'intimée a cessé de verser les indemnités journalières depuis juillet 2014. Par ailleurs, le recourant a contesté le refus de l'assurance-invalidité de lui octroyer des mesures d'ordre professionnel par un recours par devant le Tribunal administratif fédéral, procédure qui est encore pendante. Cela étant, il appartient en principe à l'intimée de statuer sur le droit à une rente transitoire.

9. Partant, le recours est rejeté. La cause est par ailleurs renvoyée à l'intimée, afin qu'il se prononce sur l'octroi d'une rente au recourant. 10. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA
CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

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