

GE_GERICHTE A/631/2025 vom 14. November 2025

GE Cour de justice, 2025-11-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_631_2025

FR: GE_GERICHTE A/631/2025 du 14 novembre 2025

IT: GE_GERICHTE A/631/2025 del 14 novembre 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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). La compétence rationae materiae de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Reste à examiner la compétence ratione loci de la chambre de céans pour traiter de ce litige, le recourant étant domicilié en France. Selon l'art. 58 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (al. 2). En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant, qui est domicilié en France (à Annemasse), a été engagé, en dernier lieu, par un employeur ayant son siège à Genève. Partant, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA et 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 2

Il convient de définir l'objet du litige.

E. 2.1

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, 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 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

E. 2.2

Par ailleurs, l'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas

dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références). Selon la jurisprudence, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement le droit à une IPAI, sont deux rapports juridiques distincts, sans lien de connexité entre eux (arrêts du Tribunal fédéral 8C_87/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.3 et les références ; 8C_420/2008 du 31 mars 2009 consid. 1.3).

E. 2.3

En l'occurrence, l'intimée, par décision du 2 septembre 2024, a mis fin au droit aux prestations en lien avec les troubles psychiques au 31 octobre 2022 et au droit au traitement médical et aux indemnités journalières en lien avec les atteintes à l'épaule droite au 31 janvier 2024, date de la stabilisation retenue. Elle a également dénié au recourant le droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de 5%. Dans le cadre de la procédure d'opposition, le recourant a remis en cause le fait que son état de santé serait stabilisé, ainsi que les limitations fonctionnelles retenues par l'expert orthopédique, dans la mesure où il estimait que celles-ci ne correspondaient pas à ses capacités physiques réelles. Il a également relevé, sous la plume de son ancien conseil, qu'il était prématuré de statuer sur le droit à la rente et sur l'IPAI dans la mesure où son état de santé n'était pas encore stabilisé. Le recourant a ensuite réitéré ses griefs relatifs à la stabilisation de son état de santé et aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert orthopédique dans les écritures qu'il a adressées à la chambre de céans. Partant, le litige porte tant sur la cessation au 31 octobre 2022, respectivement au 31 janvier 2024, du droit au traitement médical et aux indemnités journalières en lien avec les troubles psychiques et de l'épaule droite, que sur le refus d'une rente d'invalidité et sur le taux de l'IPAI.

E. 3

août 2020 consid. 5.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence). Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

E. 3.1

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid.

2.1). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

E. 3.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

E. 3.3

Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 129 V 177 consid. 3.2 et la référence). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement en cas de troubles non objectivables du point de vue organique et de troubles psychiques. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

E. 3.4

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance

déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5a), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). Pour admettre l'existence du lien de causalité adéquate en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la

durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

E. 3.5

Les prestations suivantes sont notamment prévues en cas d'accident. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il est précisé à l'art. 6 LPGA, première phrase, qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Par ailleurs, aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

E. 3.6

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. L'art. 19 al. 3 LAA indique que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite

d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_799/2023 du 3 septembre 2024 consid. 3.3.1 et les références ; 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4 cité dans David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, in HAVE/REAS 4/2023, p. 316). Les renseignements médicaux relatives aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, généralement saisis sous la notion de pronostic, constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_363/3030 du 29 septembre 2020 consid. 4.1 cité dans David IONTA, op . cit ., p. 316). Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 cité dans David IONTA, op . cit ., p. 316). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du

E. 4

mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 4.1

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf . art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351

consid. 3). 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).

E. 4.1.1

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 4.1.2

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 4.1.3

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du

E. 4.1.4

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables

ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 5.1

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 et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 5.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 5.3

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 6

En l'espèce, l'intimée a mis fin au droit aux prestations en lien avec les troubles psychiques au 31 octobre 2022 et au droit au traitement médical et aux indemnités journalières en lien

avec les atteintes à l'épaule droite au 31 janvier 2024. En se fondant sur les rapports d'expertise psychiatrique et orthopédique, elle a considéré, d'une part, que le recourant présentait un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive en rémission depuis le mois d'octobre 2022 et, d'autre part, que l'état de son épaule droite était stabilisé depuis le 31 janvier 2024, date à laquelle le Dr J_____ a préconisé un traitement conservateur et l'évaluation de la capacité de travail résiduelle en fonction de son efficacité. Elle a pour le surplus dénié au recourant le droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de 5%, correspondant à un montant de CHF 7'410.-. Se référant à divers rapports médicaux du dossier, le recourant conteste l'appréciation du Dr I_____ selon laquelle son état de santé serait stabilisé. Il estime également que les limitations décrites par l'expert ne correspondent pas à ses facultés physiques, en précisant qu'il n'est pas en mesure de porter 10 kg de la main droite et que l'expert n'a pas effectué de tests pour confirmer son appréciation. S'agissant du rapport d'expertise psychiatrique, le recourant estime notamment que celui-ci induit le lecteur en erreur et ne retranscrit pas précisément certains de ses propos.

E. 6.1

Il convient ainsi d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise orthopédique du 25 juin 2024 et du complément d'expertise du 13 août 2024, ainsi que celle du rapport d'expertise psychiatrique du 4 juillet 2024 et de son complément du 28 août 2024, sur lesquels l'intimée a fondé sa décision.

E. 6.1.1

À titre liminaire, la chambre de céans observe que sur le plan formel, le rapport d'expertise orthopédique du Dr I_____ du 25 juin 2024 et son complément d'expertise du 13 août 2024 satisfont aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, le rapport du 25 juin 2024 contient un résumé des différents rapports médicaux du dossier du recourant, une anamnèse, un résumé de ses plaintes, un status orthopédique détaillé et des diagnostics clairs. Les conclusions de l'expert sont en outre motivées et apportent des réponses cohérentes aux questions que l'intimée lui a soumises, sous réserve de la question de la stabilisation de l'épaule droite du recourant, laquelle sera analysée ci-après. Sur le fond, l'expert a retenu les diagnostics de luxation acromio-claviculaire stade Tossy IV droite (le 4 janvier 2019), un status après réduction et embrochage de l'articulation acromio-claviculaire droite et suture des résidus du ligament coraco-claviculaire (le 23 janvier 2019), un status après reluxation acromio-claviculaire et coraco-claviculaire avec fracture de la broche démontrée (le 11 avril 2019) et lésion de SLAP de premier degré, une reprise de la luxation acromio-claviculaire par arthroscopie, cerclage coraco-claviculaire par auto-greffe, quadruple cerclage coraco-claviculaire aux Ethibond 6 et débridement de la lésion d'une lésion SLAP de premier degré (le 26 avril 2019) ainsi qu'une résection de l'extrémité latérale de la clavicule droite, résection des flaps cartilagineux instables et chondroplastie de la glène en postéro-inférieur complétée par une acromioplastie selon Neer (le 13 janvier 2022), un status après stabilisation acromio-claviculaire selon Mazzocca modifiée et prise d'une greffe de gracilis (le 26 avril 2023) et une récurrence d'instabilité claviculaire droite (le 22 février 2024). Ces diagnostics, non contestés par le recourant, sont conformes aux éléments médicaux ressortant du dossier et sont cohérents au vu des différentes opérations subies par celui-ci.

E. 6.1.2

S'agissant de la stabilisation de l'état de l'épaule droite du recourant, l'expert orthopédique a relevé, dans son rapport du 25 juin 2024, qu'en comparaison avec l'expertise d'octobre 2022, le recourant présentait une atrophie musculaire très importante à hauteur du sus-épineux, sous-épineux et partiellement du deltoïde, susceptible de provoquer une instabilité de l'articulation gléno-humérale. Cette atrophie était majeure et évocatrice d'une sous-utilisation chronique de l'épaule. Ceci prédisposait à une instabilité non pas de la région lésée en 2019, mais de l'articulation gléno-humérale elle-même. Compte tenu de l'épisode récent (mécanisme de subluxation de la tête de l'humérus droit justifiant la consultation auprès de la Dre M _____ en date du 22 février 2024), la situation n'était pas stabilisée. Dans son complément d'expertise du 13 août 2024, le Dr I _____ a déclaré être surpris par les conclusions « rapides » figurant dans le rapport du 11 juin 2024 de la Dre M _____, qui estimait que l'épaule droite du recourant était stabilisée. Selon lui, il aurait été cohérent, compte tenu de la probable subluxation de l'épaule droite, d'instaurer un traitement de physiothérapie pour tonifier la musculature avant de conclure à la stabilisation du cas. Ce traitement n'étant toutefois pas de nature à modifier de manière significative la situation médicale du recourant, le cas pouvait être considéré comme étant stabilisé. Comme l'a relevé le recourant dans son complément d'opposition du 2 décembre 2024, il est vrai que les conclusions du Dr I _____ paraissent contradictoires dans la mesure où après avoir indiqué, dans son rapport du 25 juin 2024, que la situation de l'épaule droite n'était pas stabilisée, il a affirmé le contraire en répondant aux questions complémentaires de l'intimée en date du 13 août 2024. Il appert en réalité que le rapport du Dr I _____ du 25 juin 2024 manque de cohérence s'agissant de la stabilisation de l'épaule droite du recourant. En effet, comme l'a relevé l'intimée dans son courriel du 17 juillet 2024 contenant des questions complémentaires à l'attention de l'expert, le rapport de ce dernier mentionne que la durée prévisible de l'incapacité de travail dépend des investigations et des traitements à planifier en lien avec la récente subluxation de l'épaule droite du recourant, mais ne précise pas quels sont les traitements supplémentaires à mettre en œuvre, étant rappelé qu'à teneur du rapport de la Dre M _____ du 11 juin 2024, aucun traitement n'était envisagé. Interpellé sur ce point, l'expert a expliqué qu'il lui aurait semblé cohérent d'instaurer un traitement de physiothérapie à des fins de stabilisation, en admettant toutefois que ce traitement n'était pas de nature à modifier d'une manière significative la situation médicale du recourant, de sorte que l'état de son épaule droite pouvait être considéré comme étant stabilisé. La chambre de céans constate que le Dr I _____, par ses réponses du 13 août 2024, a remédié à l'incohérence contenue dans son rapport du 25 juin précédent. Il convient ainsi de vérifier si les autres rapports médicaux figurant au dossier sont de nature à remettre en cause l'appréciation de l'expert, comme le soutient le recourant. À cet égard, le recourant se fonde notamment, depuis la procédure d'opposition, sur le rapport médical du Dr D _____ du 14 octobre 2024 et sur celui du Dr Q _____ du 28 novembre 2024, à savoir des rapports médicaux établis postérieurement à la clôture du dossier, en date du 31 janvier 2024. Or, dans la mesure où la question de la stabilisation de l'état de santé doit être examinée de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives, ces rapports médicaux ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation de l'intimée quant à la date de la stabilisation de l'épaule droite du recourant (dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_299/2022 du 5 septembre 2022 consid. 5.1). Par surabondance, la chambre de céans observe ce qui suit s'agissant des deux rapports médicaux précités. Parmi les médecins ayant examiné le recourant depuis sa dernière opération du 26 avril 2023, effectuée par le J _____, seul le Dr D _____, dans son rapport du 14 octobre 2024, a

recommandé une nouvelle intervention chirurgicale, en estimant qu'un traitement conservateur était inefficace dans le contexte de l'instabilité de l'articulation acromio-claviculaire du recourant. Le Dr Q_____, consulté par le recourant, a manifesté un avis contraire, le Dr J_____ ayant quant à lui uniquement préconisé un traitement conservateur (rééducation avec infiltrations si besoin). Partant, la chambre de céans ne saurait tenir compte de l'avis du Dr D_____ du 14 octobre 2024, ce d'autant plus que celui-ci n'est pas suffisamment étayé. Quant au Dr Q_____, celui-ci mentionne, dans son rapport du 28 novembre 2024, que la situation du recourant ne peut pas être considérée comme stabilisée. Il précise que le résultat de la « nouvelle stabilisation chirurgicale » est adéquat et qu'il ne sera pas possible de recouvrer l'intégrité de l'articulation acromio-claviculaire et de ses surfaces cartilagineuses. Il propose une prise en charge conservatrice, axée sur la rééducation musculaire et la correction des déséquilibres, afin d'améliorer la fonction de l'épaule et de réduire les symptômes, en soulignant qu'il existe une forte probabilité d'une amélioration significative de la situation douloureuse après une prise en charge de trois à quatre mois. Il ressort de ce qui précède que l'avis du Dr Q_____ n'est pas de nature à remettre en cause celui du Dr I_____. En effet, les mesures proposées par le Dr Q_____ visent essentiellement à soulager les douleurs éprouvées par le recourant en raison de l'instabilité de son articulation acromio-claviculaire. De même, le fait que le traitement de physiothérapie puisse lui être favorable ne suffit pas à considérer que son état de santé doit être considéré comme n'étant pas stabilisé, étant rappelé que la prescription de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2). Enfin, le fait que le Dr J_____, dans son courriel du 31 janvier 2024, ait indiqué que la capacité de travail résiduelle du recourant était à évaluer selon l'efficacité du traitement conservateur (rééducation avec infiltrations si besoin), tout comme le fait de savoir si ce traitement était de nature à augmenter ladite capacité, n'implique pas que l'état de son épaule droite ne serait pas stabilisé. En effet, l'amélioration de la capacité de travail du recourant grâce à ce traitement conservateur (mesures psychothérapeutiques) demeure incertaine (dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2018 du 12 septembre 2018 consid. 4.3.4 cité dans David IONTA, op . cit ., p. 316). Au vu de ce qui précède, c'est à raison que l'intimée a retenu que l'état de l'épaule droite du recourant était stabilisé au 31 janvier 2024, date à laquelle le Dr J_____ a préconisé un traitement conservateur.

E. 6.1.3

S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a relevé, dans son complément du 13 août 2024, que l'instabilité au niveau acromio-claviculaire était persistante et probablement définitive, de sorte qu'une pleine capacité dans la profession habituelle de l'assuré n'était pas exigible. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges limité à 10 kg, pas d'activité penché en avant avec appui sur le membre supérieur droit et pas d'activité répétitive au-dessus de l'horizontale des épaules. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. Le recourant fait grief à l'expert d'avoir sous-estimé ses limitations fonctionnelles et précise qu'il n'est plus en mesure de porter 10 kg de la main droite. Il souligne également que l'expert n'a effectué aucun test pour confirmer son appréciation. Ce faisant, le recourant perd toutefois de vue que l'expert a procédé à un examen de son épaule droite, lequel est décrit sous la rubrique « status orthopédique » de l'expertise. En outre, il se contente d'opposer sa propre appréciation à celle de l'expert, sans se fonder sur un rapport médical qui ferait état de limitations fonctionnelles plus prononcées. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert concordent avec les limitations relevées par

le Dr Q_____ dans le cadre du questionnaire DASH. En effet, le score de 56 du recourant est révélateur de difficultés à réaliser des tâches impliquant le membre supérieur, comme atteindre et soulever des objets, ou effectuer des mouvements fins, ce qui n'est pas contradictoire avec un empêchement de porter des poids excédant 10 kg. En outre, selon le Dr Q_____, il existe probablement des limitations dans les activités professionnelles ou récréatives, notamment si elles requièrent des mouvements répétitifs ou au-dessus de la tête, ce qui correspond justement aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert. Les conclusions de l'expert orthopédique relatives aux limitations fonctionnelles doivent ainsi être considérées comme étant probantes.

E. 6.1.4

Enfin, le recourant reproche à l'intimée, dans le cadre de sa réplique, d'avoir violé son devoir de renseignement (art. 27 LPGA) et la garantie d'une procédure équitable (art. 29 al. 1 Cst.), au motif qu'elle aurait dû l'informer qu'il avait la possibilité de se prévaloir de l'art. 29 Cst. au moment où il lui a fait part de ses inquiétudes à l'idée que le Dr I_____ réalise une seconde expertise orthopédique dans le cadre de l'instruction de son dossier. Le grief du recourant ne saurait être admis. En effet, il ressort du dossier que, par courrier du 15 mai 2024, l'intimée l'a dûment informé, en vue de la réalisation de la seconde expertise orthopédique, qu'elle entendait confier cette dernière au Dr I_____ et qu'il disposait d'un délai de dix jours pour faire valoir des motifs de récusation à son endroit, respectivement pour proposer des contre-propositions d'expert. S'il est vrai que le recourant a fait part de son inquiétude à l'intimée par courriel du 27 mai 2024 quant au fait que le Dr I_____ réalise une nouvelle expertise et l'a informée par téléphone qu'il n'avait pas du tout confiance en l'expert (cf. notice téléphonique du 28 mai 2024), il appert qu'il a consenti à se rendre à l'examen sans exiger la récusation du Dr I_____ et sans proposer le nom d'un autre expert. Bien qu'il eût été préférable que l'intimée lui propose le nom d'un autre expert en vue de parvenir à un consensus, conformément à l'art. 7j al. 1 OPGA, il appartenait au recourant de manifester son désaccord et d'exiger qu'une décision incidente soit rendue à ce sujet (cf. art. 44 al. 4 LPGA). Partant, la chambre de céans ne saurait entrer en matière sur le grief formel de récusation du recourant, ni, de façon générale, sur sa contestation du choix du Dr I_____ en qualité d'expert. Pour le surplus, le recourant ne se prévaut pas de motifs de récusation devant être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (motifs matériels), tels que le manque de compétence de l'expert (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2022 du 12 avril 2023), si bien que la valeur probante du rapport du Dr I_____ du 25 juin 2024 et de son complément d'expertise du 13 août suivant peut être reconnue. Par conséquent, il sera renoncé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

E. 6.1.5

Il convient encore d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise de l'expert psychiatre du 4 juillet 2024 et de son complément du 28 août 2024. Pour mémoire, l'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive (F43.23) survenu vers les mois d'avril-mai 2022, mais en rémission depuis vraisemblablement le mois d'octobre 2022. Selon lui, le recourant ne présente pas de diagnostic psychiatrique actif et sa capacité de travail, depuis octobre 2022, est entière. Force est de constater que le rapport de l'expert psychiatre remplit, sur le plan formel, les requis juridiques en matière de valeur probante. Il contient en effet un résumé de l'ensemble des rapports médicaux du dossier, une anamnèse très détaillée, le résumé d'une

journée-type du recourant, une description de ses plaintes et son status psychiatrique. Les conclusions de l'expert sont en outre claires et bien motivées. Il a en particulier expliqué les raisons pour lesquelles il retenait un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive en rémission depuis le mois d'octobre 2022 et pourquoi il s'écartait du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), retenu par le Dr H_____ dans ses rapports médicaux des 18 août et 30 novembre 2022. Le recourant a formulé plusieurs critiques à l'endroit du rapport de l'expert psychiatre, en lui reprochant notamment d'induire le lecteur en erreur et de ne pas avoir retranscrit précisément certains de ses propos. La chambre de céans considère que les critiques du recourant ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique. Sur un plan formel, l'expert souligne à juste titre, dans son complément d'expertise du 28 août 2024, que l'emploi de la locution « selon les dires » et l'utilisation du conditionnel sont usuels dans un rapport médical et visent à préciser que l'information émane de la personne qui s'exprime. Sur le fond, les griefs du recourant ne sont pas déterminants s'agissant des conclusions auxquelles l'expert est parvenu, en tant qu'ils portent sur des détails anamnestiques ou sur des points qui ont été pris en compte par l'expert. Le recourant n'oppose pour le surplus aucun rapport médical établi par un spécialiste au rapport du Dr O_____ et ne soutient d'ailleurs pas qu'il souffrirait d'un trouble psychique incapacitant. Il ressort à cet égard du dossier qu'au moment où la décision querellée a été rendue par l'intimée, le recourant n'avait plus consulté de psychiatre depuis le mois d'octobre 2022. Par conséquent, le rapport d'expertise du Dr O_____, en tant qu'il ne retient aucun diagnostic psychiatrique actif et un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive en rémission depuis le mois d'octobre 2022, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. C'est ainsi à raison que l'intimée a mis un terme au droit aux prestations en lien avec les troubles psychiques au 31 octobre 2022.

E. 7

L'état de santé étant considéré comme stabilisé et la capacité de travail résiduelle du recourant ayant été déterminée de manière probante par l'intimée, il s'agit d'examiner, ci-après, le calcul du droit à la rente d'invalidité effectué par l'intimée et le taux d'IPAI retenu.

E. 7.1

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 7.2

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

E. 7.3

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Il faut, autrement dit, rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_664/2007 du 14 avril 2008 consid. 7.2.2 à 7.2.5 et les références). Dans un arrêt du 29 mai 2024, le Tribunal fédéral a rappelé que les objectifs de gain minimum d'une CCT déclarée de force obligatoire par le Conseil fédéral dans la branche professionnelle correspondante ne sont pas utilisés uniquement pour examiner le caractère inférieur à la moyenne d'un revenu effectivement réalisé. Au contraire, la jurisprudence a, à diverses

reprises, pris en compte les salaires dus en vertu d'une convention collective de travail pour déterminer le revenu de valide (cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023 du 29 mai 2024 consid. 4.1.2 et les références citées). Par ailleurs, le revenu que l'assuré obtiendrait hypothétiquement en bonne santé (revenu de valide) doit être fixé aussi concrètement que possible et l'objection selon laquelle le salaire minimal selon la CCT ne correspond pas au revenu usuel de la branche n'est pas pertinente, car les revenus spécifiques à la branche y sont représentés de manière plus précise que dans l'ESS (cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023 , op . cit ., consid. 4.1.3 et les références citées).

E. 7.4

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la

décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

E. 7.5

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il n'est pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail. Dans ce cas, le degré d'invalidité correspond en effet au degré d'incapacité de travail, compte tenu d'une éventuelle déduction du salaire fondé sur les statistiques, qui ne doit pas dépasser 25%. Il ne s'agit pas d'une « comparaison en pour-cent » au sens de l'ATF 114 V 310 consid. 3a, mais d'une simplification purement arithmétique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_111/2023 du 12 octobre 2023 consid. 6.2 et les références). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité est possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et les références).

E. 7.6

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf . ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent,

substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

E. 7.7

Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

E. 8.1

Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1 re phr.) ; 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, 2 e phr.). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf . art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 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 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi 125 II 169 consid. 2d).

E. 8.2

Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{re} phr.) ; 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, 2^e phr.). 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 U. 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. 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).

E. 8.3

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, cf . également ATF 140 V 193 consid. 3.2). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). 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 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à

l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) 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 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

E. 9

En l'occurrence, il convient tout d'abord d'observer qu'un éventuel droit à la rente du recourant est né au moment de la stabilisation de son état de santé, soit le 1^{er} février 2024, de sorte que la comparaison des revenus de valide et d'invalidé doit s'effectuer pour l'année 2024.

E. 9.1

L'intimée a considéré que le revenu sans invalidité du recourant devait être fixé sur la base du CTT-CD. À teneur de ce contrat-type, une personne au bénéfice d'une expérience professionnelle de quatre ans pouvait prétendre, en 2024, à un salaire mensuel de CHF 4'477.20, payé douze fois l'an, soit CHF 53'726.40 (12 x 4'477.20). La chambre de céans observe tout d'abord qu'il ne saurait être reproché à l'intimée de ne pas s'être fondée sur le dernier salaire réalisé par le recourant avant l'accident pour évaluer son revenu sans invalidité. En effet, le contrat qui le liait à B_____SA était un contrat de durée déterminée jusqu'au 15 janvier 2019, de sorte que même sans l'accident, les rapports de travail auraient pris fin. Par ailleurs, dans la mesure où un CTT, à l'instar d'une CCT, prévoit des salaires minimaux de façon plus précise que dans l'ESS et qu'il convient de fixer le revenu de valide aussi concrètement que possible, la détermination du revenu sans invalidité sur la base du CTT-CD ne prête pas le flanc à la critique, à tout le moins sur le principe. À cet égard, il ressort du curriculum vitae du recourant que ses expériences professionnelles antérieures à son accident relèvent pour la plupart du commerce de détail. Il a ainsi travaillé en qualité d'« employé libre-service » au sein de Carrefour du mois d'avril 2011 au mois d'octobre 2013, d'apprenti chef de rayon du mois de septembre 2014 au mois de septembre 2015, d'adjoint responsable au sein de Carrefour d'octobre 2016 à janvier 2017, de responsable d'un point de vente de janvier à mai 2017, d'« employé libre-service » au sein de Leclerc de janvier à mars 2018 et en tant qu'auxiliaire de vente au sein de B_____SA d'octobre 2018 à janvier 2019. Le recourant a toutefois également occupé la fonction de « stagiaire assistant à la bourse de l'immobilier » durant trois mois, de plongeur/casserolier durant deux mois et de préparateur de véhicules pendant quatre mois. Même si les expériences réalisées par le recourant dans le commerce de détail ont été les plus conséquentes, il n'est pas certain qu'il aurait occupé, sans son accident, un emploi dans ce domaine, compte tenu des autres activités qu'il a effectuées. Dans cette hypothèse, il conviendrait, en vue de déterminer le revenu sans invalidité, de se référer à la valeur « total » de la table ESS TA1 établie par l'Office fédéral de la statistique pour tenir compte de la variété des domaines envisageables. Cette question peut toutefois souffrir de demeurer indéterminée au vu des considérations relatives au revenu du recourant avec invalidité (cf. infra 9.2).

E. 9.2

S'agissant du revenu avec invalidité du recourant, l'intimée s'est référée à raison aux valeurs statistiques de la table ESS TA1, à la ligne « total » de ce tableau. Compte tenu de l'activité raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 63'660.- (CHF 5'305.- x 12 ; ESS 2022, TA1, tirage skill-level, ligne « total »). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2024 (41.7 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'365.55 (CHF 63'660.- x 41.7 / 40). S'agissant de l'indexation des salaires, celle-ci a été correctement effectuée par l'intimée, qui a retenu une augmentation de 1.7% en 2023 et de 0.6% en 2024, étant précisé que l'indexation de 2024 a été établie selon l'évolution des salaires nominaux du premier trimestre de l'année. La chambre de céans retiendra donc, à l'instar de l'intimée, le montant de CHF 67'898.70 au titre de revenu avec invalidité.

E. 9.3

Quant à la question d'un éventuel abattement sur le revenu avec invalidité, la chambre de céans relève ce qui suit. Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf . arrêts du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1 er mars 2023 consid. 7.2.3 ; 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1). En l'occurrence, le recourant présente les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité à 10 kg, pas d'activité penché en avant avec appui sur le membre supérieur droit et pas d'activité répétitive au-dessus de l'horizontale des épaules. De telles limitations paraissent compatibles avec le marché équilibré du travail qui propose suffisamment de postes légers, de sorte qu'il ne saurait être fait grief à l'intimée de ne pas avoir retenu un abattement sur le revenu d'invalidité. Au surplus, il ne ressort pas du dossier que des circonstances étrangères à l'invalidité devraient être prises en compte s'agissant de l'évaluation du revenu d'invalidité. Partant, le recourant ne peut pas prétendre à une rente d'invalidité. En effet, dans l'hypothèse où son revenu de valide serait calculé sur la base du CTT-CD, son revenu avec invalidité serait supérieur à celui sans invalidité, de sorte qu'il ne présenterait pas de perte de gain indemnifiable. Si le revenu sans invalidité était calculé sur la base de la valeur « total » de la table ESS TA1, il correspondrait à son revenu d'invalidité, de sorte que son taux d'invalidité serait nul.

E. 9.4

S'agissant de l'IPAI, celle-ci a été fixée par le Dr I_____ à 5%, soit CHF 7'410.-, sur la base de la table 6 de la SUVA relative à l'atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire. Selon l'expert, compte tenu des multiples interventions chirurgicales et d'un résultat final démontrant la persistance d'une instabilité du site de fracture, la situation est superposable à une instabilité acromio-claviculaire grave. Au vu des rapports médicaux figurant au dossier, lesquels confirment l'instabilité susmentionnée, l'appréciation de l'expert n'est guère critiquable, étant précisé que le taux de 5% correspond à celui qui figure dans la table 6 de la SUVA. Durant la phase d'opposition, le recourant a remarqué que l'expert avait uniquement déterminé le taux d'IPAI au moyen de la table 1 de la SUVA, alors que la

question de l'application des tables 5 et 6 se posait. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert s'est référé à la table 6 pour évaluer le taux d'IPAI. S'agissant d'une éventuelle application des tables 1 et 5, la chambre de céans observe ce qui suit. Concernant la table 1, relative aux troubles fonctionnels des membres supérieurs, il convient de rappeler que dans son rapport du 11 juin 2024, la Dre M_____ a constaté une mobilité passive et active complète de l'épaule, malgré les douleurs décrites par le recourant lors des mouvements « extrêmes », tels que les mouvements d'élévation maximum ou les mouvements au-delà du plan des épaules. Elle a également précisé que l'arthroscanner réalisé en date du 3 juin 2024 ne mettait pas en évidence de stigmat de luxation antéro-inférieure ou postérieure de l'épaule, de sorte qu'il ne saurait être retenu que le recourant a subi une nouvelle luxation au mois de mai 2024. Il convient encore de préciser qu'hormis les deux luxations de l'épaule droite intervenues au début de l'année 2019, le recourant n'en a plus présenté par la suite, l'évènement du 29 février 2024 étant une subluxation. Dans ces conditions, l'octroi d'une IPAI en application de la table 1 n'entre pas en ligne de compte. S'agissant de la table 5, relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses, le recourant, dans le cadre de son opposition, ne se fonde sur aucun rapport médical mentionnant qu'il souffrirait d'une arthrose d'une gravité suffisante pour justifier l'octroi d'une IPAI, étant précisé que celle-ci, s'agissant de l'articulation acromio-claviculaire, doit être grave. L'appréciation de l'expert quant à l'IPAI doit ainsi être confirmée.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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