

GE_GERICHTE A/785/2017 vom 11. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_785_2017

FR: GE_GERICHTE A/785/2017 du 11 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/785/2017 del 11 novembre 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.11.2019
A/785/2017

A/785/2017 ATAS/1033/2019 du 11.11.2019 (LAA) , REJETE En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/785/2017 ATAS/1033/2019
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 11 novembre 2019 10 ème
Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection
de domicile en l'Etude de Maître Andrea VON FLÜE recourant contre SUVA, CAISSE
NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le
recourant), né en 1988, percevait des allocations de chômage et, à ce titre, était assuré
auprès de la SUVA, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la
CNA l'intimée) contre les accidents non professionnels, lorsque le 27 juin 2014 il a glissé
sur un rail de tramway et chuté. Une lésion au niveau du bourrelet antéro-supérieur et en
postérieur de l'épaule droite a été mise en évidence. L'assuré a bénéficié du traitement utile.
La CNA a versé les prestations d'assurance. 2. Le 15 mars 2016, le docteur B_____,
spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a procédé à
l'examen final de l'assuré. Il a rappelé que l'assuré avait été examiné à l'agence de la CNA le
3 novembre 2015 et avait été adressé à la clinique romande de réadaptation (CRR) où il a
séjourné du 24 novembre au 3 décembre 2015. A l'examen d'entrée à la CRR la mobilité de
l'épaule droite atteignait 110° en flexion active, l'abduction était à 110°, la rotation interne
coude au corps à 50°. Pour la rotation interne à distance pouce/C7 était à 41 cm. La
manoeuvre de Jobe était notée douloureuse. Des facteurs contextuels influençaient
négativement les aptitudes fonctionnelles notamment une reconnaissance élevée de la
douleur et une capacité d'effort reconnue comme inférieure à sédentaire. L'assuré avait dû
écourter son séjour en raison de difficultés rapportées pour garder son fils de 5 ans. Le 18
janvier 2016 le docteur C_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des
HUG, mentionnait des douleurs résiduelles lors du port de charges. La physiothérapie
devait être poursuivie. Le 9 février 2016, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie
orthopédique, notait un status post-stabilisation de l'épaule droite. L'évolution était lente en
raison des douleurs persistantes. L'assuré a déclaré à l'examineur que l'évolution n'était
pas du tout satisfaisante en raison des douleurs qu'il ressentait actuellement (mars 2016).
Les douleurs étaient plus importantes le matin. Il n'y avait plus d'épisodes de réveils
nocturnes, mais il devait appuyer son épaule sur un coussin pour éviter de mobiliser
brutalement sur le côté droit. Il se déclarait gêné pour effectuer simplement le balayage et
effectuait l'essentiel des gestes de la main gauche. Il ne conduisait pas de véhicules
actuellement, car il n'avait plus son permis. Il se plaignait également de la sensation de
craquements survenant essentiellement le matin, qui l'inquiétaient beaucoup notamment
dans les exercices de mobilisation de l'épaule, et décrivait une riche symptomatologie

douloureuse, notamment l'impression de ressentir des grandes chaleurs dans la nuque. Il n'était pas survenu de nouvel épisode de luxation postérieure de l'épaule depuis l'intervention chirurgicale (stabilisation postérieure en mai 2015). Il déclarait être capable de soulever au maximum une bouteille d'un litre du côté droit. Sur le plan thérapeutique, il prenait toujours un traitement de Sirdalud et de Tramal de façon quasi quotidienne. Il pratiquait maintenant lui-même des exercices de physiothérapie, car les suites des séances étaient trop douloureuses. Il faisait également deux séances de piscine chaque semaine. L'examineur a constaté ce qui suit. Examen de l'épaule droite : à l'inspection, pas d'amyotrophie. Abduction actif 120°, passif 160°; Antépulsion : actif 140°, passif 160°; rotation externe coude au corps : 60°; manoeuvre de Jobe négative; Palm up test négatif; pas de signe d'instabilité évident. Imagerie : pas de nouvel examen réalisé depuis la dernière évaluation à l'agence (novembre 2015). L'examineur retient les diagnostics d'instabilité multidirectionnelle de l'épaule droite; épaule droite hyperlaxe; douleurs persistantes après arthroscopie et refixation du bourrelet postérieur glénoïdien. Appréciation : l'assuré a présenté le 27 juin 2014 une chute ayant entraîné un traumatisme de l'épaule droite dont les suites sont marquées par un épisode douloureux. Il a bénéficié du traitement chirurgical d'une luxation récidivante postérieure de l'épaule droite, lors de laquelle une lésion du bourrelet avait été mise en évidence. Le patient informait le médecin d'arrondissement qu'il devait consulter le professeur E_____, pour refaire le point. Le Dr B_____ considérait toutefois que dès à présent l'on pouvait néanmoins conclure que l'activité de monteur en chauffage n'était plus exigible actuellement. En conclusion, sur le plan de l'exigibilité, dans une activité professionnelle réalisée de façon préférentielle derrière une table, l'avant-bras droit reposant sur celle-ci, en évitant les mouvements de rotation répétés du tronc et surtout de l'épaule droite, sans port de charges du côté droit, sans limitation du côté gauche, sans devoir monter sur une échelle, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière sans baisse de rendement. Il n'y avait pas d'indication à l'attribution d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à ce jour, selon la table No 6. 3. Par courrier du 25 avril 2016, la CNA Genève a indiqué à l'assuré que selon l'examen qu'il avait subi récemment, son état de santé était stabilisé. Par conséquent il serait mis fin avec effet au 31 août 2016 au soir au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux. 4. Par décision du 14 juillet 2016, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il retenait notamment un taux d'invalidité de 9 %. 5. Par décision formelle du 5 octobre 2016, la CNA Genève a refusé tant l'octroi d'une rente d'invalidité que d'une IPAI, dans la mesure où les séquelles accidentelles ne réduisent pas de façon importante la capacité de gain de l'assuré, constatant qu'il est exigible de ce dernier qu'il exerce en plein une activité adaptée au handicap, respectivement en l'absence d'une atteinte importante à l'intégrité physique. 6. Par courrier du 25 octobre 2016, confirmé le 28 novembre 2016 (précisant à cette occasion ne plus pouvoir exercer son métier d'aide-monteur, et être prêt pour une formation précisant encore qu'il était actuellement toujours en traitement), l'assuré a formé opposition contre cette décision, en déclarant (de façon manuscrite au bas de la décision susmentionnée) ne pas être d'accord avec celle-ci et informant la CNA d'un prochain rendez-vous auprès du docteur F_____, spécialiste FMH au département de chirurgie orthopédique auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), qui serait précédée d'un examen arthrographique et d'une IRM de l'épaule. 7. Un rapport de consultation du Dr F_____, daté du 25 novembre 2016, a été versé au dossier : il fait état d'une omarthrose débutante et de la possibilité de mise en place d'une prothèse d'épaule pour le futur. 8. Ce rapport a été soumis à l'appréciation du Dr

B _____, qui s'est réexprimé sur l'ampleur de l'atteinte à l'intégrité, et a procédé à une appréciation médicale le 8 décembre 2016: le Dr F _____ évoque des signes précurseurs d'arthrose à type d'oedème cartilagineux, confirmés par l'examen IRM. À ce jour, les lésions arthrosiques sont à un stade à peine débutant et n'atteignent pas le seuil minimum indemnisable. Il n'y a absolument pas d'indication pour une prothèse à ce stade, qui permettrait d'améliorer la capacité de travail de l'assuré. 9. La CNA Lucerne a rejeté l'opposition, par décision sur opposition du 26 janvier 2017. En substance, le Dr F _____, dans son appréciation de novembre 2016, ne retient pas, à l'examen clinique, de composante d'instabilité au niveau de l'épaule, y compris en postérieure, observant que sur ce plan la situation lui semble actuellement réglée; qu'au niveau acromio-claviculaire les douleurs sont présentes mais sans corrélation radiologique; et que, finalement, il n'y a pas de thérapie chirurgicale ayant fait ses preuves, à proposer en l'état. Le médecin d'arrondissement a pris position au sujet de l'appréciation du Dr F _____: il considère qu'il n'y a absolument pas d'indication pour une prothèse à ce stade, qui permettrait d'améliorer la CT de l'assuré. En l'état il n'a été apporté aucun élément pertinent qui permette d'admettre qu'il subsisterait un traitement médical susceptible d'améliorer de manière sensible l'état de santé de l'assuré, respectivement de nier un état stabilisé au 1^{er} septembre 2016 au plus tard. Ainsi le médecin d'arrondissement a affirmé, de manière pleinement convaincante, qu'au vu de l'état stabilisé, l'exercice, à la journée entière et sans baisse de rendement, d'une activité professionnelle réalisée de façon préférentielle derrière une table, l'avant-bras droit reposant sur celle-ci, en évitant les mouvements de rotation répétés du tronc et surtout de l'épaule droite, sans port de charges du côté droit, sans limitation du côté gauche, sans devoir monter sur une échelle, était objectivement exigible de la part de l'assuré. En tant que l'opposant fait valoir qu'il ne peut plus exercer son métier d'aide-monteur, mais être disposé à effectuer une formation, qui reste encore à déterminer, voire à se mettre à son compte, il n'incombe pas à l'assurance-accidents mais à l'assurance-invalidité d'instaurer des mesures de réadaptation professionnelle. Or, dans le cas d'espèce et par décision du 14 juillet 2016, entrée en force, l'OAI a refusé le droit aux mesures professionnelles. De son côté, le médecin d'arrondissement a reconnu que l'activité de monteur en chauffage n'était plus exigible. S'agissant de l'éventuel droit à une rente de l'assurance-accidents, la comparaison des gains sur la base de l'ESS 2014, les salaires ayant été indexés pour 2015 et 2016, une déduction supplémentaire de 10 % sur le salaire statistique ayant été appliqué, la perte de gain déterminée se situe à 8.3 % qui, inférieure à 10 %, ne donne pas droit à une rente de l'assurance-accidents. S'agissant de l'IPAI, le médecin d'arrondissement a nié, en toute connaissance de cause, une telle atteinte importante, respectivement atteignant le seuil d'indemnisation prévu par la loi. Enfin, cette décision retirait l'effet suspensif d'un éventuel recours. 10. Par mémoire du 6 mars 2017, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition susmentionnée. Il conclut préalablement à la mise en place d'une expertise médicale, et au fond à l'annulation de la décision sur opposition du 26 janvier 2017, avec suite d'indemnité de procédure. Ce n'est que dans une activité adaptée et après évolution favorable que l'assuré pourra être considéré comme capable de travailler. Selon son médecin traitant (Dr D _____ - certificat médical du 30 janvier 2017) le patient demeure en pleine incapacité de travailler. Le Prof. E _____ indique de son côté (courrier du 15/09/2016 au Dr F _____) que le patient présente toujours des douleurs et des épisodes anamnestiques de subluxation de l'épaule droite, et qu'il serait utile de refaire un examen sous narcose et éventuellement procéder à une stabilisation antérieure, ce qui démontre que

des traitements restent possibles afin de remédier à l'affection du recourant. Au vu de ces avis médicaux, l'avis du médecin d'arrondissement est pour le moins contestable, l'avis des médecins susmentionnés permettant de douter du caractère complet de l'appréciation du Dr B_____. 11. L'intimée a répondu au recours par courrier du 4 mai 2017. Elle conclut avec suite de frais et dépens au déboutement du recourant de toutes ses conclusions, dans la mesure de leur recevabilité. Elle produit, à l'appui de ses conclusions, l'intégralité de son dossier comprenant en particulier l'appréciation circonstanciée et détaillée de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin au centre de compétences de médecine des assurances de la CNA, du 3 mai 2017 (rapport d'appréciation médicale de 11 pages). Ce médecin conclut comme suit. Que ce soit la situation quant à l'instabilité de l'épaule droite ou la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite due vraisemblablement à une omarthrose débutante, elles peuvent être considérées comme stabilisées au 1^{er} septembre 2016. Le recourant n'a plus présenté de luxation ou subluxation de son épaule droite. Dans le cas d'omarthrose débutante, il n'y a pas actuellement de thérapie chirurgicale ayant fait ses preuves. Il n'y a pas d'indication à l'heure actuelle, chez le recourant, à la mise en place d'une prothèse d'épaule droite. La viscosupplémentation (injections d'acide hyaluronique) ne peut pas améliorer l'état de santé de l'assuré : selon les données scientifiques elle n'a pas fait ses preuves d'efficacité. Le traitement reste donc à visée antalgique et physiothérapeutique. À l'appui de son recours, l'assuré reproche exclusivement à l'intimée d'avoir procédé à une appréciation erronée des faits, ceci dans la mesure où l'avis de son médecin-conseil entrerait en contradiction avec d'autres avis médicaux versés au dossier. Ce serait en particulier à tort que l'intimée se serait prononcée sur le droit à la rente, dès lors que plusieurs traitements resteraient possibles pour qu'enfin le recourant puisse retrouver sa pleine CT. Selon l'avis de la Dresse G_____, quoi qu'en dise l'assuré, les prises de position des Drs F_____ et E_____ ne remettent pas en cause les conclusions du Dr B_____. En tant que le Dr E_____ évoque la mise en oeuvre d'un examen sous narcose ainsi qu'une stabilisation ultérieure, il se borne à faire état d'une possibilité lointaine d'amélioration (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C_112/2014 du 23 janvier 2015, consid. 2.1). Pour le surplus, dans la mesure où il ne se prononce pas sur la CT dans une activité adaptée, on ne saurait rien tirer des certificats médicaux dressés par le médecin traitant postérieurement à la décision entreprise. Ainsi la décision entreprise n'apparaît pas critiquable en tant qu'elle reconnaît à l'assuré une pleine CT dans une activité adaptée aux limitations désignées de façon probante et convaincante par les médecins consultés. Elle n'est pas non plus contestable en ce qu'elle exclut le droit à une IPAI: le médecin d'arrondissement a expliqué précisément que les lésions arthrosiques qui demeurent n'atteignent pas le seuil minimum indemnifiable, ce que confirme la Dresse G_____ dans son appréciation du 3 mai 2017, dont il ressort que seules ces lésions demeurent invalidantes. Le recourant ne prétend du reste pas le contraire. Enfin les termes de la comparaison des revenus selon l'art. 18 LAA ne sont ni critiqués ni critiquables, de sorte que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 12. Le recourant a brièvement répliqué, par courrier du 19 juin 2017. Il persiste intégralement dans ses conclusions. Comme le relève l'intimée dans son mémoire de réponse, les conclusions des médecins de la CRR (2015) sont intervenues alors que son état de santé n'était pas stabilisé. L'appréciation du médecin d'arrondissement intervient subséquentement. Ce dernier considère en résumé qu'aucune évolution n'est constatée et qu'aucune amélioration n'est prévisible, ce qui apparaît pour le moins surprenant et d'un pessimisme navrant. En effet, à l'heure actuelle, le recourant continue de souffrir de douleurs importantes à l'épaule et ne voit pas comment il pourrait aujourd'hui exercer une

activité lucrative même adaptée, dans ces conditions. Son souhait premier est de recouvrer sa pleine santé et non de demeurer au bénéfice d'indemnités journalières, tout en vivant dans une situation d'inconfort perpétuel. Les Drs F_____ et E_____ proposent des solutions médicales. La CNA maintient toutefois sa position, éludant des appréciations médicales de qualité et sans apporter de justifications convaincantes. 13. L'intimée considère, dans son courrier de duplique du 12 juillet 2017, que l'assuré persiste à prétendre que la constatation de l'intimée, selon laquelle son état de santé était stabilisé au jour de la clôture du cas, procéderait d'une appréciation erronée des faits. Pour autant, il ne discute nullement le rapport de la Dresse G_____ du 3 mai 2017, auquel il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante. La CNA persiste en tous points dans ses conclusions. 14. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 19 février 2018. Le recourant a déclaré : " Pour répondre à votre question, j'ai été suivi par le Dr H_____ à un moment donné, mais je ne le suis plus actuellement. Il m'a fait à plusieurs reprises des infiltrations notamment de liquide dans l'épaule, mais cela n'a pas produit les effets que j'attendais. Cela m'a provoqué au contraire des douleurs qui montaient dans la nuque. Actuellement je suis suivi par le Dr D_____. Je prends des médicaments, régulièrement, soit du Tramal. Cela ne soulage cependant pas pleinement les douleurs ; avec les médicaments que je prends je suis pratiquement toujours « endormi », de sorte que je ne me vois pas exercer la profession d'installateur en chauffage diplômé que j'exerçais auparavant. Je dois encore ajouter que l'opération que j'ai subie en mai 2015 n'a pas été une pleine réussite. Mon dos est toujours très contracté à cause de l'accident que j'ai subi. J'ai essayé de voir à l'époque avec des personnes de la SUVA comment on pouvait m'aider à retrouver un travail mais personne ne m'a apporté d'aide dans ce domaine. Il m'est difficile de chercher un travail car si je me présente pour un entretien d'embauche, je suis bien obligé de dire que j'ai eu un accident et que je n'ai pas travaillé depuis longtemps parce que je suis en arrêt maladie, le patron potentiel m'indiquera plutôt la direction de la porte que de m'engager. En plus, je ne maîtrise pas parfaitement le français même si je suis capable de m'entretenir normalement dans cette langue. J'ai fait mon apprentissage et mon diplôme à Zurich, de sorte que je parle le suisse-allemand et l'allemand, l'albanais, le français comme vous le constatez et l'anglais comme le français. Monsieur I_____ m'avait dit à l'époque que toutes les décisions avec lesquelles je n'étais pas d'accord devaient lui être envoyées comme recours. C'est de cette manière que j'avais recouru contre la décision de l'AI et on m'a dit par la suite que ce n'était pas correct." Mme J_____, pour l'intimée, a déclaré : " Par rapport à ce que vient de dire le recourant, nous n'avons jamais enregistré de courriels ou autres documents du recourant, ni enregistré de notes téléphoniques traitant de près ou de loin d'un recours. Dans ce cas, nous l'aurions enregistré et transmis à l'autorité compétente. Je ne retrouve qu'un seul document dans notre dossier, soit la pièce 197 qui est un courriel de M. I_____ à M. K_____ de l'OAI, lui demandant si la décision de l'AI est entrée en force, et la réponse de ce dernier qui lui confirme l'entrée en force de la décision." Le recourant a repris : " Ce qui m'intéresserait serait de faire une formation destinée à l'obtention de patente d'auberge pour reprendre un tea-room. J'ai déjà toutes les informations nécessaires mais je souhaiterais faire cette formation à Berne question de langue, sachant qu'après coup la patente serait reconnue à Genève." Me VON FLÜE: " Je n'ai pas de questions à poser à mon mandant, mais pour la suite de la procédure, je souhaite que la Chambre de céans examine la possibilité d'entendre l'un des médecins traitant par exemple le Professeur E_____, voire mettre sur pied une expertise judiciaire." L'intimée : " Nous estimons que les documents médicaux versés à la procédure, en particulier le rapport d'examen de notre

médecin d'arrondissement et de la Dresse G_____ ont toute valeur probante et que d'autres mesures d'instruction sollicitées par le conseil du recourant ne sont pas nécessaires. 15. La chambre de céans a entendu le Prof. E_____ (le témoin) le 10 décembre 2018 : 16. Le témoin a déclaré : " J'ai rencontré ce patient pour la première fois, sauf erreur, car mes souvenirs me viennent beaucoup de la lecture du dossier, le 19 janvier 2015 alors que j'officialiais encore aux HUG. Il était venu à ma consultation en raison de douleurs à son épaule droite et d'une instabilité. S'agissant d'une cause possible de ses douleurs, je ne me souviens plus, de mémoire, des circonstances exactes d'une chute (ceci résulte des renseignements anamnétiques) qui était survenue le 27 juin 2014. J'avais diagnostiqué une instabilité postérieure de l'épaule, qui se traduisait par le fait que l'épaule partait en arrière. Nous avons réalisé une arthroscopie de stabilisation postérieure le 5 mai 2015. Nous avons dans ce cadre pu vérifier sous anesthésie générale que cette instabilité était effective. Nous avons recréé le bourrelet postérieur, ce qui a eu pour effet la stabilisation de cette épaule. Nous avons également trouvé à l'arthroscopie un labrum méniscoïde, que nous avons régularisé en le rabotant. Sur le plan chirurgical, la question de l'articulation était réglée. J'ai revu le patient le 22 mars 2016. J'étais déjà aux Grangettes à l'époque. Il continuait à avoir des douleurs et trouvait son épaule trop élastique. A l'examen clinique, il présentait une élévation à 140° ce qui est légèrement insuffisant. Sinon, les autres mouvements étaient à peu près dans la norme. Nous avons noté qu'il avait encore des signes de laxité. Nous avons procédé à un bilan radiographique et une IRM. L'IRM a montré que le status chirurgical était calme ; en revanche, un début d'arthrose commençait à se développer. Nous avons prescrit de la physiothérapie. J'ai revu le patient le 9 juin 2016. A ce moment-là, il se plaignait de douleurs importantes à l'épaule droite. Il me disait avoir rencontré des épisodes de luxation, depuis la dernière consultation. Le patient a toujours de la difficulté à décrire ce qui se passe: en réalité, l'épaule ne sort pas (le recourant intervient et précise que dans ces moments « l'épaule veut sortir »). A la clinique, nous constatons une bonne mobilité de l'épaule, mais toujours des signes de laxité. Nous avons prescrit la poursuite des séances de physiothérapie. J'ai revu le patient le 15 septembre 2016. A ce moment-là, il m'a mieux expliqué le déroulement de l'accident, et il m'a parlé plutôt d'un accident de travail. Il aurait fait une chute, lâché une machine et tapé l'épaule, à ce qui ressort de mes notes. " Le recourant : " C'est exact, mais il s'agissait là du premier accident, qui s'était effectivement produit en 2012 alors que je vivais à Zürich. A cette occasion, j'avais pratiquement perdu les doigts, et mon médecin de l'époque, le Dr L_____, m'avait dit au sujet de l'épaule qu'il n'y avait rien de grave : il s'agissait juste selon lui de contractures alors que je lui avais indiqué que l'épaule était sortie. Il n'avait pas voulu me croire et n'avait procédé à aucune investigation complémentaire. En 2014, la secrétaire du Dr D_____ avait en vain tenté d'obtenir mon dossier médical auprès du Dr L_____." Le témoin: " Au vu de cette situation et comme les choses n'allaient pas mieux, j'avais renvoyé le patient au Dr F_____ qui était mon responsable de l'épaule aux HUG. Comme je l'ai écrit dans mon courrier du 15 septembre 2016, je suggérais au Dr F_____ de refaire un examen sous narcose et éventuellement procéder à une stabilisation antérieure. En effet, lorsqu'on est en présence de ces épaules à laxité multidirectionnelles on est souvent amené à intervenir de plusieurs côtés jusqu'à obtenir une stabilisation complète de l'épaule. Le Dr F_____ m'avait rendu compte de sa consultation (son courrier du 25 novembre 2016), et préconisait de poursuivre la physiothérapie en renvoyant le patient chez un rééducateur (Dr H_____). Il s'agissait en réalité du dernier courrier que j'ai reçu, et qui m'ait renseigné sur l'état de ce patient que je n'ai pas revu par la suite. Au sujet de ce courrier, vous me demandez si le patient avait

bénéficié de viscosupplémentation (page 2 premier paragraphe du courrier susmentionné). Je l'ignore. Vous me demandez si j'ai eu connaissance du rapport d'évaluation des médecins d'arrondissement de la CNA, notamment de l'examen final du 15 mars 2016 du Dr B _____. Je l'ai en effet sous les yeux, de même qu'un courrier du 4 avril 2016, mais il s'agissait du case manager (Monsieur I _____). Par rapport aux conclusions de ce médecin, je constate qu'il considère que l'activité de monteur en chauffage n'est plus exigible, mais sinon, hormis l'utilisation normale de son épaule droite, il peut pratiquement tout faire. C'est vrai, mais lorsqu'on est en présence d'un patient qui ressent des douleurs chroniques dues à un début d'arthrose à l'arrière de l'épaule dans le cas particulier, il est toujours difficile d'imaginer que l'intéressé puisse continuer à effectuer des tâches manuelles de force. Je n'ai en revanche pas eu connaissance des rapports postérieurs dudit médecin d'arrondissement (vous m'indiquez qu'il s'est prononcé une nouvelle fois le 9 décembre 2016 et sa collègue, la Dresse G _____, le 3 mai 2017). Vous me demandez de me déterminer sur la question de la stabilisation de cette épaule, à savoir si à un moment donné, on pouvait considérer que cette épaule était stabilisée, à savoir qu'il n'était plus possible d'entreprendre des traitements susceptibles d'améliorer l'état de l'épaule. En réalité, hormis une intervention consistant en la pose d'une prothèse, solution qui n'était pas adéquate en l'espèce vu l'âge du patient, on pouvait imaginer, mais « pour essayer » des infiltrations à l'acide hyaluronique, mais si cela peut aider, ce n'est pas un traitement définitif. Certes, en septembre 2016, l'état de l'épaule n'était pas « stabilisé » en ce sens que l'arthrose progressait; en revanche, en ce qui concerne la chirurgie, nous étions arrivés au bout de ce qui était possible d'entreprendre. Restaient alors les traitements médicamenteux ou physiothérapeutiques. S'agissant de l'origine d'une épaule à laxité multidirectionnelles, il faut distinguer les causes congénitales, et auquel cas dans la règle les autres articulations sont également laxes ; sinon, on parle d'épaule laxo-acquise suite à un accident ou par suite de la pratique de certains sports comme le lancer du javelot, par exemple. Dans le cas de ce patient, nous avons plutôt considéré cette dernière catégorie, en raison des accidents dont nous avons parlé. Si je voulais être sûr que l'on ne se situe pas dans l'autre catégorie, il conviendrait de faire un examen complet de toutes les articulations. Sur question de Madame M _____ pour la SUVA, je confirme que le Dr F _____ n'avait pas procédé à un nouvel examen sous narcose complète en automne 2016, non pas parce que le patient ne le souhaitait pas, mais parce que le médecin ne considérait pas comme une investigation nécessaire. En effet, dans la mesure où le patient était atteint d'une arthrose débutante, même si on l'avait stabilisée, ses douleurs auraient continué. Sur question de Me Andrea VON FLÜE, je confirme qu'à notre avis, il n'y a plus rien à faire chirurgicalement. Certes, la question de la prothèse était théoriquement envisageable, mais nous sommes assez réticents à recourir à cette solution, surtout à cet âge : en effet, la prothèse a une durée de vie assez limitée, de sorte que si nous l'avions entreprise à ce moment-là, nous aurions dû le réopérer une ou deux fois pendant sa vie. De surcroît, même avec une prothèse, le patient ne serait guère apte à exercer une activité autre qu'assis derrière un bureau. Sur question de Me Andrea VON FLÜE qui me demande si l'intervention complémentaire discutée précédemment, soit une stabilisation antérieure serait toujours concevable, dans la mesure où le patient souffre toujours de douleurs, et prend quotidiennement du Tramal. Comme je l'ai dit, le Dr F _____ n'était pas favorable à cette intervention, pour les raisons que j'ai rappelées. Nous ne fermons jamais la porte à une intervention chirurgicale, mais la question est de savoir si une telle intervention aurait pu avoir les effets escomptés. Dans le cas d'espèce, je doute qu'une telle intervention ait pu atteindre le but poursuivi. Il existe toujours des solutions chirurgicales, comme le fait de

souder l'épaule (arthrodèse) qui se pratiquait il y a une vingtaine d'années. Toutefois, cela présentait aussi d'autres inconvénients, de sorte que cela ne me paraîtrait pas raisonnable. Sur question du conseil du recourant qui me demande en réalité ce qui pourrait être fait pour améliorer l'état du patient, compte tenu des douleurs intenses qu'il ressent, je réponds qu'il y a toujours quelque chose à tenter, comme le fait d'anesthésier le nerf supra scapulaire qui peut être responsable des douleurs ressenties ; mais ce ne serait qu'une mesure palliative." Les parties se sont encore exprimées en comparution personnelle, avant et après l'audition du témoin : Le recourant: " Vous me demandez depuis quand je n'ai pas vu le Professeur E_____. Je crois que cela doit faire une année. J'avais essayé de fixer un rendez-vous avec lui mais il y avait un mois de délai pour en obtenir un. J'ai en revanche revu le Dr D_____ il y a environ deux mois. Auparavant, je ne l'avais pas revu depuis l'année dernière sauf erreur. Si j'avais été le rencontrer, il y a deux mois, c'est que j'avais constaté que mon épaule commençait à bouger spontanément, sous forme de spasmes. D'ailleurs, ma copine avait pris une vidéo de l'un de ces épisodes. Ce phénomène se produit lorsque j'ai des douleurs particulièrement intenses. Cela chauffe à l'intérieur et cela se met spontanément à bouger. Cela doit se produire environ 5 à 6 fois par mois, que ce soit pendant la nuit ou pendant la journée : ça vient tout seul. Le Dr D_____ m'a toutefois refait une ordonnance de médicaments. C'est toujours les mêmes, soit le Tramal, mais je le prends au minimum car cela ne me fait pas de bien: je ne peux pas aller aux toilettes. Le Dr H_____, la dernière fois que je l'avais vu à Beauséjour, car il avait tout essayé, notamment des infiltrations de cortisone et d'autres liquides gras pour lubrifier les articulations, me proposait des antidépresseurs : mais je ne suis pas schizophrène, et donc je n'étais pas d'accord. " Sur quoi, à la demande de l'intimée qui souhaitait soumettre les déclarations du témoin à la Dresse G_____, la chambre de céans lui a imparti un délai au 31 janvier 2019. 17. Par courrier du 31 janvier 2019, l'intimée a soumis à la chambre de céans l'appréciation chirurgicale de la Dresse G_____ du 21 janvier 2019, l'a brièvement commentée et persisté dans ses conclusions. La Dresse G_____ a remarqué en premier lieu que, contrairement à ce que le Prof. E_____ semble retenir, les médecins de la CNA n'ont jamais préconisé pour l'assuré la reprise d'une activité impliquant « des tâches manuelles de force ». Le médecin d'arrondissement avait en effet évoqué une activité professionnelle « à effectuer derrière une table, l'avant-bras reposant sur celle-ci ». Elle relève également que le témoin confirme la position de la CNA lorsqu'il déclare qu'il n'y a aucun acte chirurgical, hormis l'implantation d'une prothèse (inadaptée pour l'assuré en raison de son trop jeune âge) qui pourrait être envisageable dans le cas de ce patient. Quant aux infiltrations d'acide hyaluronique évoquées (viscosupplémentation), la Dresse G_____ relève que ce traitement n'est pas définitif et aurait peu d'effet sur les douleurs décrites par l'assuré. Enfin les spéculations du témoin sur l'évolution de la situation en raison de l'arthrose débutante ne sont pas pertinentes, la médecine n'étant pas une science exacte. De son avis, étant donné que, de manière générale, en diminuant les sollicitations excessives de l'épaule, l'évolution de l'arthrose devrait être moindre, l'arthrose débutante de l'assuré ne devrait pas empêcher de considérer le cas comme stabilisé. 18. Le recourant s'est encore prononcé, par courrier du 25 février 2019, au sujet des observations de l'intimé et de l'appréciation de la Dresse G_____ : la CNA considère que la stabilisation du problème de santé du recourant est intervenue au 1^{er} septembre 2016, ce qui apparaît difficile à retenir, si l'on tient compte de ce que le recourant a consulté le Prof. E_____ le 15 septembre 2016 et que, suite à cette consultation, ce dernier proposait de refaire un examen sous narcose et éventuellement procéder à une stabilisation antérieure. Lors de son audition par la chambre de céans, le 10

décembre 2018, ce spécialiste a indiqué que, sur le plan chirurgical, il n'y avait « plus rien à faire » ; il a toutefois nuancé cette affirmation, indiquant que la pose d'une prothèse demeure « théoriquement envisageable » et remarque qu'il existe « toujours des solutions chirurgicales ». Il relève également qu'il existe des mesures palliatives permettant de remédier aux douleurs ressenties par le recourant. Il a également évoqué le développement d'une arthrose. Quelle que soit l'appréciation des médecins de la CNA au sujet de l'arthrose, on peut surtout retenir que ce problème dénote une situation de santé qui n'est pas réglée. On relèvera encore que le Dr F_____ indiquait dans son rapport de consultation du 25 novembre 2016 que des infiltrations étaient envisagées, ce qui permet de considérer qu'au 1^{er} septembre 2016, le problème de santé n'était aucunement stabilisé comme le soutient à tort l'intimée. Le Prof. E_____ n'est pas en mesure d'indiquer quand l'état de santé de l'assuré se serait stabilisé, et aucun élément du dossier ne permet d'en déterminer la date. La position de l'intimée sur ce point ne repose sur aucun fondement autre qu'une appréciation générale plusieurs points de la procédure viennent contredire. Il se justifie dès lors de procéder à une expertise, étant précisé que plusieurs interventions médicales subies par le recourant n'étaient pas connues du Prof. E_____, de sorte que son appréciation de la situation ne pouvait être exhaustive. 19. Sur quoi 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), 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. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur la question de savoir si l'état de santé du recourant était stabilisé au moment où la CNA a décidé de mettre fin au versement des indemnités journalières (31 août 2016), et si dès lors elle était fondée à se prononcer sur le droit éventuel à une rente - qu'elle a nié en l'espèce -, ainsi qu'à l'octroi d'une IPAI - qu'elle a nié en l'espèce. 5. 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 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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. 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 6. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). 7. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA). Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2). 8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 oeuvre 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. A 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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 10. 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). 11. 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). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 13. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations

supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 14. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). 15. En l'espèce la décision entreprise repose sur le fait que l'intimée, se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, a confirmé, dans la décision entreprise, que l'état de santé du recourant était stabilisé au moment où la CNA a décidé de mettre fin au versement des indemnités journalières (31 août 2016) et, ayant examiné sur ces bases le droit éventuel à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement sur l'octroi d'une IPAI, niant ce droit pour ces deux prestations, le recourant conteste pour l'essentiel le fait que son état de santé était stabilisé à fin août 2016, contestant ainsi l'avis du Dr B_____, confirmé en cours de procédure par celui de la Dresse G_____, en leur opposant les avis exprimés par ses médecins traitants, en particulier les Dr F_____ et E_____, qui selon lui considèrent que des traitements médicaux sont encore possibles, et qu'ainsi l'on doit considérer que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Il y a dès lors lieu d'examiner, dans un premier temps, si l'appréciation médicale du Dr B_____, respectivement celle de la Dresse G_____ l'ayant confirmé, peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée précédemment. a. Il convient d'abord d'avoir à l'esprit que le dossier du recourant a régulièrement été soumis à l'appréciation du Dr B_____, qui a personnellement suivi l'évolution du cas tout au long de l'instruction de la cause par

l'administration: - il a notamment procédé à l'examen de l'assuré, le 3 novembre 2015, pour un bilan intermédiaire détaillé, avec un examen clinique, l'examen complet des documents médicaux réunis jusque-là, recueillant les plaintes de l'assuré, retenant les diagnostics de luxation multiples antérieure et postérieure de l'épaule droite; réinsertion du bourrelet glénoïdien; persistance de douleurs post-opératoires. Au terme de cet examen, constatant que les suites n'étaient actuellement pas favorables, avec une épaule qui devenait douloureuse dès l'horizontale, et la difficulté rapportée par le patient pour soulever des charges modérées de l'ordre de 10 kg, après une discussion constructive avec l'assuré, le médecin d'arrondissement avait proposé un séjour à la CRR qui devrait être profitable à l'assuré, dans le sens du renforcement de la musculature. - le dossier lui avait par la suite à nouveau été soumis, à la suite du court séjour de l'intéressé à la CRR du 24 novembre au 3 décembre 2015, au terme duquel les médecins de la clinique avaient conclu qu'une stabilisation de l'état de santé était attendue dans les trois à quatre mois de la sortie. Le courrier de transmission du dossier au Dr B_____ du 2 mars 2016, portant sur les questions de savoir si la fixation de l'exigibilité, de l'IPAI et de savoir également si des soins futurs étaient à prévoir, relevait également que le médecin traitant (Dr D_____) proposait aussi la mise sur pied d'un examen auprès du médecin d'arrondissement. Ce dernier avait souscrit à cette proposition et invité l'administration à convoquer l'assuré devant lui pour l'examen final, auquel il a procédé le 15 mars 2016; - selon son rapport d'examen du 15 mars 2016, le Dr B_____ a constaté l'évolution de la situation depuis le dernier examen clinique du 3 novembre 2015. Il a pris note des déclarations de l'assuré, des plaintes de ce dernier, procédé à un examen clinique et consigné ses observations et constatations, noté qu'aucun nouvel examen radiologique d'imagerie n'avait été réalisé depuis la précédente évaluation à l'agence, retenu les diagnostics d'instabilité multidirectionnelle de l'épaule droite; épaule droite hyperlaxe; douleurs persistantes après arthroscopie et refixation du bourrelet postérieur glénoïdien. Il notait dans son appréciation que le patient l'avait informé de ce qu'il devait revoir le Prof. E_____ dans les jours qui suivaient pour refaire le point, l'examineur précisant dans son rapport qu'il prendrait connaissance de l'avis de ce dernier avec intérêt. Il considérait tout de même que dès à présent on pouvait néanmoins conclure que l'activité de monteur en chauffage n'était plus exigible actuellement. Il s'était de même prononcé sur l'exigibilité, concluant que dans une activité professionnelle réalisée de façon préférentielle derrière une table, l'avant-bras droit reposant sur celle-ci, en évitant les mouvements de rotation répétés du tronc et surtout de l'épaule droite, sans port de charges du côté droit, sans limitation du côté gauche, sans devoir monter sur une échelle, à ces conditions l'on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement. Il notait également qu'il n'y avait pas d'indication à l'attribution d'une IPAI à ce jour, selon la table numéro 6 ; - le Dr B_____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale, le 8 décembre 2016, dans le cadre de la procédure d'opposition à la décision formelle du 5 octobre 2016, par laquelle la CNA avait refusé tant l'octroi d'une rente d'invalidité qu'une IPAI : il a tenu compte de l'évolution depuis le dernier examen de l'assuré à l'agence, le 15 mars 2016, et notamment examiné avec attention le rapport de consultation du Dr F_____ du 24 novembre 2016, dont il a relevé les plaintes de l'assuré, les constatations du spécialiste, la constatation de ce que, selon cette consultation, le spécialiste ne retenait pas de thérapie chirurgicale, mais évoquait, dans le futur, la possibilité d'une prothèse d'épaule. Il a surtout retenu que le Dr F_____ évoquait des signes précurseurs d'arthrose à type d'oedème cartilagineux, confirmé par l'examen IRM, et conclu qu'à ce jour les lésions arthrosiques

étaient à un stade à peine débutant et n'atteignait pas le seuil minimum indemnisable. Il n'y avait absolument pas d'indication pour une prothèse à ce stade, qui permettrait d'améliorer la capacité de travail de l'assuré ; b. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il convie d'apprécier l'avis du Dr B _____ dans son ensemble, et par rapport aux étapes successives de son appréciation, dans le temps, après deux examens personnels de l'assuré, et une appréciation sur dossier, prenant en compte en particulier le rapport de consultation spécialisée du Dr F _____ au Prof. E _____ du 25 novembre 2016, rapport qui relevait en résumé qu'il ne retient pas d'indication chirurgicale chez ce patient, mais proposait qu'il soit suivi par un réadaptateur, afin de maximiser les potentiels effets antalgiques de la viscosupplémentation, associé éventuellement à une infiltration acromio-claviculaire. Ainsi la chambre de céans reconnaît à l'appréciation du Dr B _____ une pleine valeur probante, considérant que ses rapports successifs aboutissent dans leur ensemble à des résultats convaincants, s'inscrivant dans le suivi régulier de l'évolution du cas, à des conclusions sont sérieusement motivées, ne contenant aucune contradiction, aucun indice ne permettant de mettre en cause leur bien-fondé, d'autant que ses conclusions rejoignent - sinon ne divergent pas - des constatations et conclusions des spécialistes consultés, à l'instar du Dr F _____ lequel, à l'issue de l'examen clinique du 25 novembre 2016, ne retenait pas de composante d'instabilité au niveau de l'épaule droite, y compris en postérieur, et concluait que sur ce plan de la situation lui semblait actuellement réglée. Ce spécialiste relevait certes qu'au niveau acromio-claviculaire, des douleurs étaient encore présentes mais sans corrélation radiologique, et dans ce contexte il suggérait qu'une infiltration acromio-claviculaire pourrait être tentée, mais dont le résultat escompté restait incertain, de même qu'il proposait un suivi par un médecin réadaptateur, afin de maximiser les potentiels effets antalgiques de la viscosupplémentation. Ceci dit, et quand bien même le Dr B _____ ne s'est pas prononcé sur les suggestions d'infiltration et d'injections d'acide hyaluronique, au demeurant toutes relatives quant aux effets potentiels, selon le Dr F _____ lui-même, pouvant au mieux avoir quelque effet antalgique, on comprend que le médecin d'arrondissement a essentiellement retenu qu'il n'existait aucune indication chirurgicale et que pour le spécialiste consulté, l'état était stabilisé. C'est d'ailleurs également à ces conclusions qu'est parvenue la Dresse G _____, qui s'est prononcée sur l'ensemble du dossier et sur les éléments médicaux nouvellement produits par le recourant dans le cadre de la procédure judiciaire, dans son avis très fouillé du 3 mai 2017. Il lui était en effet demandé de déterminer si, au degré de la vraisemblance prépondérante, la poursuite du traitement médical au-delà du 1^{er} septembre 2016, en particulier la viscosupplémentation, était en mesure d'améliorer sensiblement l'état de santé de l'assuré. Aux termes d'une anamnèse très complète, et d'un résumé très détaillé du dossier, consignait notamment les avis successifs des médecins consultés, se prononçant non seulement sur les avis successifs du Dr B _____, mais de celui du Prof. E _____ du 15 septembre 2016, lequel propose notamment le Dr F _____ - qui ne l'a pas retenu comme utile - un examen sous narcose et éventuellement de procéder à une stabilisation antérieure -. Elle se prononce également sur le sujet de la viscosupplémentation, relevant qu'il s'agit d'un traitement de deuxième intention proposé seulement après échec des traitements médicamenteux et antiarthrosiques symptomatiques) et des traitements non médicamenteux (exercice physique adapté, perte de poids, port de semelles orthopédiques). Elle relève à ce sujet que depuis 2002 la viscosupplémentation n'est pas reconnue par la LAMal, dans le traitement de l'arthrose, l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de cette technique dans le traitement de l'arthrose n'ayant pas pu être vérifiées à ce jour par des études, et le risque d'effets secondaires étant

élevé. Ceci dit, la Dresse G_____ se référant à l'examen final du Dr B_____ du 15 mars 2016, relève que l'examen clinique met en évidence des amplitudes articulaires de l'épaule droite peu limitées; la situation concernant l'instabilité de l'épaule droite pouvait donc être considérée comme stabilisée au plus tard au 1^{er} septembre 2016. Quant à la persistance des douleurs, l'assuré présente une omarthrose débutante, et il est tout aussi vrai, comme l'attestent d'ailleurs les Drs F_____ et B_____, qu'il n'y a pas de thérapie chirurgicale ayant fait ses preuves actuellement. La prothèse d'épaule est une mesure à long terme et n'est pas à l'heure actuelle indiquée. Le traitement reste donc à visée antalgique et basée sur une approche médicamenteuse et physiothérapeutique. Elle en conclut que la situation concernant la symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule droite pouvait également être considérée comme stabilisée au 1^{er} septembre 2016, tout en sachant que l'implantation d'une prothèse sera vraisemblablement à long terme nécessaire. Elle précise encore que les limitations fonctionnelles définies par le médecin d'arrondissement, lors de son examen médical du 15 mars 2016, peuvent être considérées comme définitives. Elle conclut ainsi : que ce soit la situation quant à l'instabilité de l'épaule droite ou quant à la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite due vraisemblablement à une omarthrose débutante, elles peuvent être considérées comme stabilisées au 1^{er} septembre 2016. L'assuré n'a plus présenté de luxation ou subluxation de son épaule droite. Dans le cas d'omarthrose débutante, il n'y a pas actuellement de thérapie chirurgicale ayant fait ses preuves. Il n'y a pas d'indication à l'heure actuelle, chez le sujet, à la mise en place d'une prothèse d'épaule droite. La viscosupplémentation ne peut pas améliorer l'état de santé de l'assuré pour les raisons exposées. c. Quant au Prof. E_____, qui a en particulier longuement été entendu par la chambre de céans, ses déclarations, n'en déplaît au recourant, ne sont pas susceptibles de jeter le moindre doute sur la valeur probante des conclusions du Dr B_____. Mieux, elles confortent l'appréciation que l'on doit en faire. Il a détaillé en effet l'arthroscopie de stabilisation postérieure consécutive au diagnostic d'instabilité postérieure de l'épaule (2015), et conclu que sur le plan chirurgical la question de l'articulation était réglée après cette opération. Évoquant la situation qui se présentait en mars 2016 lorsqu'il avait revu le patient, il a indiqué avoir procédé à un bilan radiographique, aux termes duquel l'IRM montrait un status chirurgical calme, mais un début d'arthrose. Il avait prescrit de la physiothérapie. Lorsqu'il avait revu le patient le 9 juin 2016, ce dernier se plaignait de douleurs importantes à l'épaule, et prétendait avoir rencontré des épisodes de luxation depuis la dernière consultation. Il décrivait, dans des termes choisis, le fait qu'en réalité il n'y avait pas de luxation. Du reste à l'examen clinique il avait pu constater une bonne mobilité de l'épaule, mais toujours des signes de laxité. Il avait prescrit la poursuite de séances de physiothérapie. S'agissant de sa proposition au Dr F_____ de procéder à un examen sous narcose et une éventuelle stabilisation antérieure, il indique que ce dernier, après consultation du 25 novembre 2016, préconisait plutôt de poursuivre la physiothérapie en renvoyant le patient chez un rééducateur. Répondant d'ailleurs à une question de l'intimée, il a confirmé que le Dr F_____ n'avait pas procédé à un nouvel examen sous narcose complète en automne 2016, parce qu'il ne considérait pas cette démarche comme une investigation nécessaire. En effet, dans la mesure où le patient était atteint d'une arthrose débutante, même si on l'avait stabilisé, ses douleurs auraient continué. Concrètement et s'agissant de l'appréciation du Dr B_____ dans son examen final du 15 mars 2016, il indiquait l'avoir sous les yeux: par rapport aux conclusions de ce médecin, il constatait qu'il considère que l'activité de monteur en chauffage n'est plus exigible, mais sinon, hormis l'utilisation normale de son épaule droite, il peut pratiquement

tout faire. Il approuve ce point de vue. Certes relève-t-il toutefois, que lorsqu'on est en présence d'un patient qui ressent des douleurs chroniques dues à un début d'arthrose à l'arrière de l'épaule dans le cas particulier, il est toujours difficile d'imaginer que l'intéressé puisse continuer à effectuer des tâches manuelles de force. Cette remarque tombe toutefois à faux, dans la mesure où précisément, le Dr B_____ avait considéré, au terme de son examen du 15 mars 2016, que dès à présent on pouvait néanmoins conclure que l'activité de monteur en chauffage n'était plus exigible; de même qu'il s'était prononcé sur l'exigibilité dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, concluant que dans une activité professionnelle réalisée de façon préférentielle derrière une table, l'avant-bras droit reposant sur celle-ci, en évitant les mouvements de rotation répétés du tronc et surtout de l'épaule droite, sans port de charges du côté droit, sans limitation du côté gauche, sans devoir monter sur une échelle, ce qui excluait bien évidemment un travail de force. S'agissant de la question de savoir s'il était possible d'entreprendre des traitements susceptibles d'améliorer l'état de l'épaule, il a répondu qu'en réalité, hormis une intervention consistant en la pose d'une prothèse, solution qui n'était pas adéquate en l'espèce vu l'âge du patient, on pouvait imaginer, mais « pour essayer » des infiltrations à l'acide hyaluronique ; il ajoutait toutefois : « mais si cela peut aider, ce n'est pas un traitement définitif. Certes, en septembre 2016, l'état de l'épaule n'était pas « stabilisé » en ce sens que l'arthrose progressait ; en revanche, en ce qui concerne la chirurgie, nous étions arrivés au bout de ce qui était possible d'entreprendre. Restaient alors les traitements médicamenteux ou physiothérapeutiques. Répondant au conseil du recourant, qui lui demandait si l'intervention complémentaire discutée précédemment, soit une stabilisation antérieure, serait toujours concevable dans la mesure où le patient souffre toujours de douleurs, le Prof. E_____ a confirmé que le Dr F_____ n'y était pas favorable, pour des raisons qu'il avait expliquées. Il a précisé que l'on ne fermait jamais la porte à une intervention chirurgicale, mais la question était de savoir si une telle intervention aurait pu avoir les effets escomptés. Dans le cas d'espèce il doutait qu'une telle intervention ait pu atteindre le but poursuivi. Pour être exhaustif et pour répondre au recourant qui insistait, il a indiqué qu'il existe toujours des solutions chirurgicales, comme le fait de souder l'épaule (arthrodèse), mais il a écarté cette solution qui ne lui paraissait pas raisonnable. Répondant au conseil du recourant qui insistait encore, dans la recherche d'une solution aux douleurs du patient, il a répondu qu'il existait toujours quelque chose à tenter, comme le fait d'anesthésier le nerf suprascapulaire qui pouvait être responsable des douleurs ressenties, mais en ajoutant que cela ne serait qu'une mesure palliative. Ainsi, et en conclusion, le Prof. E_____ a confirmé la stabilisation de l'épaule droite, et nié l'existence de mesures médicales supplémentaires susceptibles d'améliorer l'état du patient, sinon sa capacité de travail. d. Il résulte de ce qui précède que l'état était stabilisé au 1^{er} septembre 2016, et c'est ainsi à juste titre que l'intimée avait mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 août 2016, et procédé dès lors à l'examen des conditions d'une éventuelle rente d'invalidité, et de l'octroi d'une IPAI. Le recours est ainsi mal fondé, sur ce point, principal objet de la contestation du recourant. 16. Dans ces conditions, et au vu des principes rappelés précédemment, il n'y a pas lieu de procéder, comme le recourant le souhaite, à une expertise judiciaire, pas plus d'ailleurs qu'il ne serait justifié de retourner la cause à l'intimée pour complément d'instruction allant dans le même sens. En effet, et au final, il n'y a pas lieu de constater de véritables divergences d'appréciation entre les médecins de l'intimée et ceux qui ont examiné, respectivement traité, le recourant. On relèvera pour être exhaustif que les avis exprimés, mais guère motivés du Dr D_____, ne sauraient se voir reconnaître une pleine valeur probante, sans

compter qu'ils ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions du Dr B_____, sur lesquelles l'intimé s'est principalement fondé pour rendre la décision entreprise, sinon celles qu'elle est venue confirmer. 17. Au vu de ce qui précède, et à toutes fins utiles, dans la mesure où le recourant conclut à l'annulation de l'entier de la décision entreprise, sans toutefois formuler de griefs en tant que tels par rapport aux autres objets de la décision entreprise, soit la négation d'une rente d'invalidité et la négation d'une IPAI, - sinon à en remettre en cause le principe, dès lors qu'il considérerait sa situation comme non stabilisée, il y a lieu de relever que pour ces deux aspects, la décision entreprise n'est pas critiquable.

18. Selon l'art. 18 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. Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. 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. (Art. 19). a. 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 réaliser 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 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalide, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie

d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1). b. 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 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, 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 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). En l'espèce, la décision entreprise, qu'une fois encore le recourant ne critique pas sur ce point, respecte parfaitement les principes susénoncés quant à la manière de procéder et à l'évaluation du droit à la rente, respectivement à la détermination du taux d'invalidité. 19. Quant à la détermination d'un droit éventuel à l'IPAI, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). 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 est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le

tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). La réglementation prévue à l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48 consid. 3). Il peut toutefois arriver que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne puisse pas être allouée en même temps que la rente d'invalidité, parce que, au moment de la fixation de la rente, il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude sur les conditions du droit à l'indemnité (ATF 119 V 131 consid. 3c). Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). 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). 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). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). Depuis le 1er 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à CHF 106'800.- par an et CHF 293.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 2588). Dès le 1er janvier 2016, le montant maximum du gain assuré dans l'assurance-accidents a été augmenté de 126'000 à 148'200 francs. 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). 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. 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; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). En l'espèce la décision entreprise n'apparaît pas critiquable, la négation d'un droit à l'IPAI étant parfaitement conforme aux principes susénoncés, et du reste nullement remis en cause par le recourant. La décision entreprise sera donc confirmée également sur ce point. 20. En tous points mal fondés, le recours ne peut qu'être rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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