

VD_GERICHTE ZA18.038792 vom 12. Juli 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-07-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.038792

FR: VD_GERICHTE ZA18.038792 du 12 juillet 2021

IT: VD_GERICHTE ZA18.038792 del 12 luglio 2021

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

En l'espèce, le litige a pour objet le point de savoir si C._____ était fondée, d'une part, à considérer l'état de santé comme stabilisé et à

- 15 - mettre un terme à la prise en charge du traitement médical ainsi qu'au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2018 et, d'autre part, à refuser de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité et à fixer à 10 % le taux de son atteinte à l'intégrité.

E. 3

A titre préalable, il y a lieu de préciser que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

E. 4

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Le catalogue des prestations comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'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, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2). L'amélioration de l'état de santé se détermine

notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas ; cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 et les références citées). b) Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

- 16 - extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, 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 le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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 et les références ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1). Le seul 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 ; TF 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

- 17 - bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel 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 les références ; TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.1.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). cc) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou 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*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2 et les références citées). c) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. consid. 3 supra), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation

- 18 - de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (ATF 139 V 327 consid. 3.1). Les déchirures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références citées).

E. 5

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

- 19 - déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

E. 5.1

et la jurisprudence citée). Dans ces conditions, aucun complément d'instruction n'apparaît nécessaire afin de déterminer la cause des troubles de l'épaule gauche (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2018 p. 10 ; cf. ATF 144 V 361 consid. 6.5 sur l'appréciation

anticipée des preuves). d) L'appréciation de l'expert T. _____ apparaît par conséquent probante s'agissant des troubles en relation de causalité avec l'accident du 29 janvier 2015, respectivement leur stabilisation. Il suit de là que l'intimée était fondée à se baser sur cette appréciation pour conclure à la stabilisation de l'état de santé du recourant pour les suites de l'accident du 29 janvier 2015, constat ayant pour corollaire la fin du droit au traitement médical et aux indemnités journalières telle que résultant de la décision attaquée. Tout au plus ajoutera-t-on, pour répondre aux interrogations du recourant (cf. réplique du 19 février 2019 p. 2), que la date du 31 mars 2018 retenue par l'intimée pour mettre fin à ces prestations correspond à la fin du mois au cours duquel la décision initiale a été rendue – ce qui n'apparaît pas critiquable.

- 25 -

E. 6

a) A titre préalable, il y a lieu de constater que le caractère accidentel de l'événement survenu le 29 janvier 2015 n'est pas sujet à controverse. Partant, il revient au Tribunal de se déterminer sur les troubles causés par l'accident susdit, respectivement sur le point de savoir si les troubles engendrés par cet événement sont ou non stabilisés. b) Pour ce qui est des lésions de l'épaule droite révélées lors de l'examen d'imagerie pratiqué le 27 mai 2015 par le Dr Q. _____ et ayant mené à l'intervention chirurgicale réalisée le 20 août 2015 par le Dr X. _____, l'expert T. _____ a admis qu'elles se trouvaient en lien de causalité avec la chute dans les escaliers intervenue le 29 janvier 2015 – l'absence d'antécédents anamnestiques au niveau de l'épaule droite, la dynamique vulnérante de l'accident, l'apparition d'une symptomatologie douloureuse de l'épaule contemporaine à ce dernier et les lésions d'imagerie traduisant une lésion récente de la coiffe imputable à la chute du 29 janvier 2015 (cf. rapport d'expertise du 29 novembre 2016 p. 12 ; cf. rapport d'expertise du 17 novembre 2017 p. 11). S'il est vrai que le Dr L. _____ a adopté une position plus nuancée en évoquant la décompensation probable d'un état antérieur (cf. avis du 5 octobre 2015), il n'a toutefois guère motivé son appréciation et, en tous les cas, l'expert T. _____ a dûment expliqué que l'arthrose acromio-claviculaire était certes déjà latente lors de l'accident de 2015, qu'elle n'avait cependant probablement pas influencé de façon déterminante l'évolution post-accidentelle et que, en définitive, l'atteinte résiduelle actuelle de l'épaule droite était à mettre en relation de causalité prépondérante avec les suites des lésions de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps imputables à l'accident du 29 janvier 2015 (cf. rapport d'expertise du 17 novembre

- 20 - 2017 p. 11). L'évaluation de l'expert T. _____ n'est, du reste, pas remise en question par les parties. L'expert a de surcroît retenu que l'état de santé de l'assuré était désormais stabilisé s'agissant de l'épaule droite (cf. rapport d'expertise du 17 novembre 2017 p. 12). L'examen du dossier, en particulier la lecture des différents avis émis par le Dr X. _____, ne révèle aucun élément susceptible d'infirmier cette analyse. Le recourant, quant à lui, ne conteste pas directement la stabilisation des troubles affectant son épaule droite mais fait toutefois valoir qu'aux dires de l'expert, la situation pourrait justifier un suivi médical à long terme (cf. mémoire de recours du

E. 7

Cela posé, il convient d'examiner le droit du recourant à une rente d'invalidité. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. consid. 3 supra), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPG) à 10

% au moins par suite d'un accident. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) En l'espèce, le recourant n'émet aucun grief à l'encontre de l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'expert T. _____. C'est ici le lieu de relever qu'aux termes de son premier examen, le Dr T. _____ a conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de chef de cuisine et à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'exigeant pas de sollicitation de l'épaule au-dessus de l'horizontale, de manutentions répétitives sollicitant le membre supérieur droit ou de port de charges supérieurs à 10 kg (cf. rapport d'expertise du 29 novembre 2016 p. 12). A l'issue de sa seconde évaluation, l'expert a retenu qu'au regard du déficit présent aux deux

- 26 - épaules, l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail ne dépassant pas 50 % dans son ancienne activité, respectivement une capacité de travail totale dans une activité légère à hauteur de table ou d'établi, n'exigeant pas de sollicitations des bras au-dessus de l'horizontale, ni le port de charges supérieures à 2 kg (cf. rapport d'expertise du 17 novembre 2017 p. 12). S'il apparaît ainsi que l'expert T. _____ a englobé les troubles de l'épaule gauche à l'analyse de la capacité de travail réalisée en 2017, après avoir pourtant considéré que ces troubles n'étaient pas liés à l'accident du 29 janvier 2015 (cf. consid. 6c supra), la Cour de céans constate néanmoins que cette méprise ne porte pas à conséquence dans la mesure où l'évaluation effectuée en 2017 correspond dans les grandes lignes à celle réalisée en 2016 – à l'exception de la limite du port de charges, passée 10 kg en 2016 à 2 kg en 2017, mais sans que cette distinction n'apparaisse suffisamment importante pour justifier à elle seule de mettre en doute les conclusions de l'expert T. _____. On relèvera, au surplus, que le Dr X. _____ a lui aussi considéré comme exigible, à terme, la reprise à 100 % d'une activité adaptée sans travail avec les bras au-dessus du niveau des épaules (cf. rapports des 23 mars et 3 juillet 2017). Cela étant, il y a lieu d'accorder valeur probante à l'évaluation de la capacité de travail faite par l'expert T. _____. En conséquence, en tant qu'elle se fonde sur l'expertise de ce dernier pour prêter au recourant une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, la décision litigieuse n'est pas critiquable. c) Pour ce qui est du calcul de la perte de gain, il résulte de l'art. 16 LPGA que, pour évaluer le taux d'invalidité et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du

- 27 - travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente en tenant compte des modifications éventuelles

survenues jusqu'au moment de la décision de l'assureur social qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; ATF 128 V 174 ; TF 8C_81/2018 du 1er février 2019 consid. 7.2). En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré. aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). bb) Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également

- 28 - compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2 ; voir également David Ionta, Fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, in Jusletter du 22 octobre 2018, p. 20). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222). L'assuré peut en outre, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2, 126 V 75). cc) L'art. 28 al. 4 OLAA prévoit que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. La disposition susdite vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I) et celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne touchera alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes professionnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel

- 29 - n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre (ATF 122 V 418 consid. 3a ; TF 8C_554/2017 du 4 juillet 2018 consid. 3.3.1 et les références citées). La deuxième variante est également applicable lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (TF 8C_554/2017 loc. cit.). Il s'agit d'empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse. On rappellera que les rentes ont un caractère viager (cf. toutefois le nouvel art. 20 al. 2ter LAA, en vigueur depuis le 1er janvier 2017). L'âge moyen est de 42 ans ou, du moins, se situe entre 40 et 45 ans. L'âge avancé est d'environ 60 ans (RAMA 1990 n° U 115 p. 389 [U 106/89] consid. 4d et e). La comparaison des revenus d'un assuré d'âge moyen comprend aussi bien le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidité (ATF 114 V 310 consid. 2 in fine ; TF 8C_554/2017 loc. cit.). d) aa) En l'occurrence, il y a tout d'abord lieu de constater que le moment déterminant pour comparer les revenus est l'année 2018 – l'intimée ayant mis fin à la prise en charge des traitements médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 mars 2018 compte tenu de la stabilisation du cas (cf. consid. 6c supra). C'est par ailleurs le lieu de relever que le recourant était âgé de 63 ans et 8 mois au moment de l'ouverture éventuelles du droit à la rente. On peut donc admettre que l'absence de reprise du travail a été motivée – principalement tout au moins – par son âge avancé, étant rappelé que l'entreprise dans laquelle il travaillait jusqu'à son licenciement au 31 janvier 2017 n'était pas à même de lui offrir un poste adapté à son handicap. Il apparaît en outre pour le moins douteux qu'il eût pu retrouver un emploi pour une durée d'à peine plus d'une année (voir dans ce sens TF 8C_554/2017 précité, concernant un assuré âgé de 64 ans au moment de l'ouverture du droit à la rente). L'expert T. _____ a de surcroît expliqué qu'un assuré d'âge moyen présentant les mêmes atteintes que le

- 30 - recourant disposerait d'une capacité résiduelle de travail similaire (cf. rapport d'expertise du 17 novembre 2017 p. 12). Il suit de là que le cas particulier tombe dans le champ d'application de l'art. 28 al. 4 OLAA. bb) S'agissant du revenu sans invalidité, c'est à tort que le recourant a initialement reproché à C. _____ de ne pas s'être fondée sur la rémunération réalisée durant l'année précédant l'accident, conformément à l'art. 22 al. 4 OLAA (cf. opposition du 30 avril 2018 p. 5 ; cf. mémoire de recours du 7 septembre 2018 p. 12). En effet, l'art. 22 al. 4 OLAA porte sur la détermination du gain assuré au sens de l'art. 15 LAA et non sur le calcul du revenu sans invalidité au sens de l'art. 16 LPGA. Quoi qu'il en soit, le recourant a finalement indiqué ne plus contester le gain de valide (cf. réplique du 19 février 2019 p. 7). C'est ici le lieu de relever que C. _____ a calculé le revenu sans invalidité en se fondant sur le salaire perçu par l'assuré au moment de l'accident, auprès de son dernier employeur G. _____ Sàrl. Ce point n'étant pas litigieux, on laissera exceptionnellement indécise la question de savoir si ce revenu sans invalidité s'avère ainsi conforme à l'art. 28 al. 4 OLAA – cela d'autant qu'à supposer que tel ne soit pas le cas, le revenu en cause n'en serait que plus bas (puisque procédant du salaire que pourrait réaliser dans un poste similaire un assuré d'âge moyen, comptabilisant par définition moins d'années de service et une progression salariale moins importante), ce qui aurait des conséquences désavantageuses pour le recourant lors de la comparaison des revenus. Cela posé, il y a lieu de relever que la décision du 13 mars 2018 et la décision sur opposition du 19 juillet 2018 retiennent un revenu sans invalidité de 66'118 fr. 40, sur la base d'un revenu annuel de 65'071 fr. 85 en 2015 indexé à 2018 (décision du 13 mars

2018), respectivement à 2017 (décision sur opposition du 19 juillet 2018), tandis que la réponse du 17 octobre 2018 retient quant à elle un montant de 66'040 fr. reposant sur un salaire annuel de 65'000 fr. en 2015 indexé à 2018. La Cour de céans, pour sa part, observe que les extraits de compte de salaire au dossier de l'OAI font état d'un salaire annuel brut de 65'071 fr. 85 en 2015. Cela étant, il apparaît admissible de calculer le revenu sans invalidité en se

- 31 - fondant sur ce dernier montant. Après indexation à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes jusqu'en 2018 (2016 : + 0,6 % ; 2017 : + 0,4 % ; 2018 : + 0,5 % ; cf. Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010- 2020), il en résulte un montant de 66'052 fr. 75 se situant entre les deux montants (66'118 fr. 40 et 66'040 fr.) successivement avancés par C._____. Ces divergences sont toutefois minimes et ne revêtent guère d'importance au final, ainsi qu'il sera démontré ci-après (cf. consid. 7d/dd infra. cc) aaa) S'agissant du revenu d'invalidité, il y a lieu de noter que les données de l'ESS 2018 ou même 2016 n'étaient pas disponibles au moment où la décision sur opposition du 19 juillet 2018 a été rendue, les résultats de l'ESS 2018 ayant été publiés le 21 avril 2020 et ceux de l'ESS 2016 le 26 octobre 2018. Le salaire avec invalidité doit en conséquence être déterminé sur la base des données de l'ESS 2014 et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture du droit à la rente (TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1 et les références citées). C'est par ailleurs le lieu de relever que contrairement à ce que soutient le recourant (cf. réplique du 19 février 2019 p. 7), la référence aux salaires statistiques permet de prendre en compte les circonstances du cas d'espèce. En effet, l'intimée s'est fondée sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples (du niveau de compétence 1 selon l'ESS 2014) qui ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. Cette valeur statistique s'applique 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, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 et les références citées).

- 32 - bbb) L'intimée s'est plus particulièrement fondée sur un montant de 5'312 fr. correspondant au salaire mensuel, part au treizième salaire comprise, versé à un homme dans le secteur privé avec un niveau de compétence 1 pour des tâches simples ne nécessitant pas de formation particulière (ESS 2014, TA 1_tirage_skill_level, niveau de qualification 1). Après annualisation, il en résulte un salaire de 63'744 francs. Compte tenu de la durée hebdomadaire du travail dans les entreprises en 2014 (41,7 heures [cf. Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique]), ce montant doit être porté à 66'453 fr. 12, auquel il convient encore d'appliquer l'évolution des salaires nominaux pour les hommes jusqu'à 2018 (2015 : + 0,3 % ; 2016 : + 0,6 % ; 2017 : + 0,4 % ; 2018 : + 0,5 % ; cf. Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2020) – ce qui conduit, à ce stade, à un revenu annuel de 67'657 fr. 20. ccc) Pour ce qui est du taux d'abattement, l'intimée a fait application d'un facteur de réduction de 10 %, eu égard au handicap présenté par l'assuré. Il ne saurait être question, dans le contexte du présent arrêt, de revenir

sur l'application même d'une déduction sur le revenu d'invalidité – tel que le suggère l'intimée (cf. réponse du 17 octobre 2018 p. 40) – sauf à réformer la décision entreprise au détriment de l'assuré, ce à quoi la Cour de cassation ne voit aucune justification. Pour le reste, les circonstances du cas particulier ne justifient pas de procéder à une déduction supérieure à 10 %, contrairement à ce que soutient le recourant en invoquant son âge et l'ampleur de son handicap (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2018 p. 13 s. ; cf. réplique du 19 février 2019 p. 8). Du point de vue du handicap, le taux retenu par C._____ s'avère même généreux dans la mesure où seules les séquelles à l'épaule droite doivent être prises en considération dans le cas particulier (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.3 [TF 9C_280/2010 du 12 avril

- 33 - 2011] confirmant un abattement de 10 % en lien avec de nombreuses limitations affectant les deux membres supérieurs). Concernant par ailleurs le critère de l'âge, le Tribunal fédéral n'a pas encore tranché le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, il constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées). Il convient également de rappeler que selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique. Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 (laquelle continue de s'appliquer [TF 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2]), il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. L'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (TF 8C_766/2017 et 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 ; TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 ; voir également TF 8C_439/2017 du 6 octobre 2017 consid. 5.6.4, dans lequel il a été jugé, à propos d'un assuré ayant atteint 62 ans à la naissance du droit à la rente, qu'il n'y avait pas d'indices suffisants pour retenir qu'un tel âge représentait un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard aux bonnes qualifications professionnelles de celui-ci). Dans le cas d'espèce, force est de constater que l'assuré était certes âgé de 63 ans et 8 mois au moment de l'éventuelle naissance du droit à la rente. Néanmoins, le recourant maîtrise la langue française et vit en Suisse depuis 1975 où il a occupé divers emplois, lui permettant de se faire un nom dans la restauration (cf. compte-rendu du 9 juin 2016 d'A._____). On peut donc admettre qu'il dispose d'une bonne capacité d'adaptation sur le plan professionnel (cf. compte-rendu précité) susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs

- 34 - liés à son âge, surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (voir dans ce sens TF 8C_226/2018 du 30 janvier 2019 consid. 4.2). Il importe en outre peu que, par décision du 30 novembre 2018, le recourant se soit vu reconnaître le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité du fait de son incapacité à retrouver un emploi adapté à 100 % compte tenu de son âge (cf. réplique du 19 février 2019 p. 8). En effet, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance- invalidité n'a pas de force

contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Bien plus, l'âge avancé d'un assuré comme facteur prépondérant à son empêchement de maintenir sa capacité de gain n'est pas pris en considération de la même manière en assurance-invalidité qu'en assurance-accidents (cf. TF 8C_849/2017 du 5 juin 2018 consid. 3.2) – étant rappelé que dans ce dernier domaine, c'est la réglementation spécifique de l'art. 28 al. 4 OLAA qui prévaut (cf. consid. 7c/cc et 7d/aa supra). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de la réduction de 10 % opérée par C. _____ aux termes de la décision attaquée. Il en découle un revenu avec invalidité de 60'891 fr. 48 (67'657 fr. 20 – 10 %), qui s'écarte de celui retenu par l'intimée (61'697 fr. [décision du 13 mars 2018 et décision sur opposition du 19 juillet 2018], respectivement 61'247 fr. [réponse du 17 octobre 2018]) vraisemblablement eu égard aux taux d'indexation retenus, étant relevé que ces divergences ne portent cependant pas à conséquence (cf. consid. 7d/dd infra). dd) En comparant le revenu de valide (66'052 fr. 75) au revenu avec invalidité (60'891 fr. 48) tels qu'arrêtés plus haut, on aboutit à une incapacité de gain de 7,81 % qui reste inférieure au seuil de 10 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Les divergences de calcul observées ci-avant (et qui ont amené l'intimée à arrêter le taux d'invalidité à 7,33 % [décision du 13 mars 2018 et décision sur opposition

- 35 - du 19 juillet 2018], respectivement 7,25 % [réponse du 17 octobre 2018]) n'ont donc aucune incidence sur l'issue de l'affaire. C'est par conséquent à bon droit que C. _____ a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 8

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133V 224 consid. 2.2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et

- 36 - permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant

maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 loc. cit.). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 loc. cit.). b) Aux termes de son analyse, l'expert T. _____ s'est référé à la diminution de l'intégrité de 50 % retenue à l'annexe 3 de l'OLAA pour la perte d'un bras au niveau du coude. Il en a inféré que, s'agissant des séquelles induites par l'accident du 29 janvier 2015 au niveau de l'épaule droite, l'atteinte à l'intégrité était de 10 % (cf. rapport d'expertise du 17 novembre 2017 p. 13). Ce faisant, l'expert n'a pas fait référence à une table d'indemnisation précise, ce qui ne peut lui être reproché dans la mesure où ces tables n'ont pas de force contraignante (cf. consid. 8a supra). On constate toutefois qu'en vertu de la table d'indemnisation n° 1 (« Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs »), la perte d'intégrité est de 15 % en cas d'épaule mobile jusqu'à l'horizontale. Or le recourant présente justement une limitation fonctionnelle au niveau de son épaule droite contre-indiquant les sollicitations au-dessus l'horizontale (cf. rapport d'expertise du 29 novembre 2016 p. 12 ; cf. rapport d'expertise du 17 novembre 2017 p. 12). Dans ces conditions, et dans la mesure où l'expert n'a pas davantage motivé sa position qui apparaît ainsi insuffisamment nuancée, il y a lieu de

- 37 - reconnaître au recourant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % (voir également TF 8C_507/2017 du 23 février 2018, où une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% a été allouée à un assuré ayant été victime d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite suite à une chute). C'est en revanche à juste titre que l'expert n'a pas inclus à son analyse les troubles de l'épaule gauche (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2018 p. 14 s. ; cf. réplique du 19 février 2019 p. 8 s.), qui ne présentent pas de lien de causalité avec l'événement du 29 janvier 2015 (cf. consid. 6c supra).

E. 9

a) En conséquence, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision sur opposition du 19 juillet 2018 doit être confirmée en tant qu'elle supprime le droit du recourant au paiement des frais médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2018 et lui dénie le droit à une rente d'invalidité, mais dite décision doit en revanche être réformée en ce sens que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée à 15 %. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA). Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

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