

VD_GERICHTE ZA21.008903 vom 2. September 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.008903

FR: VD_GERICHTE ZA21.008903 du 2 septembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZA21.008903 del 2 settembre 2022

Erwägungen

E. 23

mars 2009. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). L'assuré déployait également une activité accessoire de nettoyeur pour D. _____ SA depuis le 3 janvier 2014. Le 18 mars 2016, l'assuré a, dans le cadre de travaux de démolition, reçu un cadre de fenêtre sur l'épaule gauche. Selon les déclarations de sinistre remises par C. _____ SA et D. _____ SA à la CNA les 14 septembre et 3 octobre 2016, l'assuré souffrait d'une déchirure à l'épaule droite qui avait entraîné une incapacité de travail totale à compter du 23 septembre 2016. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite réalisée le 26 octobre 2016 a révélé une déchirure transfixiante touchant environ la moitié antérieure du tendon sus-épineux et une trophicité musculaire préservée. L'assuré a été initialement pris en charge par la Dre V. _____, spécialiste en rhumatologie, qui a demandé un avis chirurgical (cf. rapport du 28 novembre 2016). Dans ce contexte, l'assuré a consulté le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a posé le diagnostic de déchirure complète du tendon du sus-épineux et l'indication chirurgicale pour une suture de la coiffe des rotateurs (rapport du 25 janvier 2017). Le Dr G. _____ a opéré l'assuré le 30 janvier 2017 (acromioplastie, résection de la clavicule distale, ténodèse du long chef du biceps, suture de la coiffe des rotateurs ; cf. protocole opératoire du 30 janvier 2017).

- 3 - En raison de l'évolution défavorable marquée par une recrudescence des douleurs et des limitations fonctionnelles (cf. rapport du 10 août 2017 du Dr G. _____) ainsi que par une reprise avortée du travail durant l'été 2017, la CNA a adressé l'assuré à la Clinique de réadaptation J. _____ pour un complément de rééducation et une prise en charge pluridisciplinaire. L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation J. _____ du 10 octobre au 7 novembre 2017. Dans un rapport du 21 novembre 2017, la Dre N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre M. _____, médecin-assistante, ont notamment retenu les diagnostics de traumatisme par choc direct de l'épaule gauche et de déchirure transfixiante de la moitié antérieure du tendon supra-épineux. Les spécialistes de la CRR étaient d'avis que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives, des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées (cotation élevée de la douleur ; patient centré sur ses douleurs ; sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles ; évaluation élevée du handicap). Une stabilisation du cas était attendue dans un délai de trois à quatre mois. Les Dres N. _____ et M. _____ ont apprécié comme il suit le pronostic de réinsertion de l'assuré : Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en ce qui concerne l'activité de manœuvre dans le bâtiment (facteurs médicaux retenus après l'accident); modérément favorable en ce qui

concerne l'activité de nettoyage (facteurs médicaux et facteurs contextuels). Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est modérément favorable (le patient n'est pas engagé dans un processus de retour au travail actuellement). La Dre I. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 31 janvier 2018 et retenu les diagnostics suivants (rapport d'examen du 20 mars 2018) :

- 4 - • Status après traumatisme de l'épaule D survenu le 18.03.2016 avec déchirure transfixiante touchant environ la moitié antérieure du tendon du sus-épineux et ayant nécessité, le 30.01.2017, une acromioplastie avec résection de la clavicule distale, ténodèse du long chef du biceps et suture de la coiffe des rotateurs au moyen de Speed-bridge. • Douleurs de l'épaule D persistantes avec impotence fonctionnelle d'origine indéterminée. La Dre I. _____ a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé pour les seules suites de l'évènement du 18 mars 2016. Elle a énoncé les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de mouvement répété du MSD (membre supérieur droit) au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges lourdes de manière répétée de plus de 15 kg du sol à la taille, de 10 kg de la taille aux épaules et de 5 kg au-dessus des épaules ». La Dre I. _____ a estimé que l'activité de manœuvre n'était plus adaptée aux limitations fonctionnelles. Il en allait de même de celle de nettoyeur qui comprenait des travaux également incompatibles avec les limitations fonctionnelles. En revanche, une entière capacité de travail, sans diminution de rendement, était exigible pour une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans une appréciation médicale du 20 mars 2018, la Dre I. _____ a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 10 %, ce qui correspondait à une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale et s'apparentait à une périarthrite scapulo-humérale moyenne. En raison de l'absence d'évolution, marquée notamment par la persistance des douleurs et l'interruption d'une mesure de réadaptation sous l'égide de l'assurance-invalidité, la CNA a complété l'instruction auprès des médecins consultés par l'assuré (cf. notamment l'IRM de l'épaule droite du 8 août 2018 et les rapports des 26 septembre 2018 et

E. 28

août 2019 du Dr L. _____, du 12 avril 2019 du Dr O. _____, spécialiste en anesthésiologie, et du 24 septembre 2019 du Dr P. _____, spécialiste en neurologie). Dans une appréciation médicale du 29 octobre 2020, la Dre I. _____ a confirmé ses précédentes conclusions en ces termes :

- 5 - L'assuré a été suivi par le A. _____ et le Dr O. _____ avec de nombreux traitements qui n'ont pas apporté d'amélioration sur le plan subjectif puisque les douleurs sont toujours présentes même si actuellement un peu améliorées au repos. Par contre sur le plan fonctionnel, la situation s'est péjorée avec une épaule quasi paralytique, un assuré qui arrive juste à amener sa main à sa bouche et ce malgré l'amélioration de la fonction de la main et de l'avant-bras D constatée par le Dr O. _____. Le Dr O. _____ n'a pas pu mettre en évidence d'étiologie objectivable concernant la péjoration de la fonction de cette épaule D, apportant quelques hypothèses qui ont orienté son traitement mais sans que ces hypothèses soient vérifiées. Le Dr L. _____ a alors demandé un consilium neurologique au Dr P. _____ qui a vu l'assuré en date du 24.09.2019. A l'issue de son anamnèse, de son examen clinique, neurologique et de son EMG, il retient une absence d'explication neurologique aux troubles présentés par l'assuré au niveau de son MSD et avance la possibilité d'un probable syndrome somatoforme douloureux (...). Sur le plan médical,

nous pouvons retenir que depuis notre appréciation, lors de notre examen final du 14.03.2018, il n'y a pas d'aggravation objectivable de l'état de santé. L'IRM effectuée en août 2018 était superposable à celle effectuée avant notre examen final et l'examen neurologique ne met pas en évidence de trouble neurologique pouvant expliquer la limitation de la mobilité qui fait retenir au Dr L. _____ que l'assuré présente une épaule quasi paralytique. Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc dire que les conclusions de notre appréciation lors de notre examen final du 14.03.2018 sont parfaitement les mêmes, à savoir que moyennant les limitations fonctionnelles qui avaient été décrites, la capacité de travail reste entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. L'activité habituelle n'est plus exigible et l'activité de nettoyeur, si elle ne peut pas respecter les limitations fonctionnelles, n'est plus exigible non plus. En ce qui concerne l'IpAI et au vu des limitations fonctionnelles objectives constatées lors de notre appréciation du 14.03.2018, nous retenons que les séquelles sont inchangées. En effet, l'aggravation subjective des douleurs et la diminution de la mobilité ne trouvent pas de substrat organique pouvant expliquer cette problématique faisant retenir au Dr P. _____ la présence d'un probable syndrome douloureux somatoforme qui ne peut être pris en compte dans l'appréciation de l'IpAI et de la limitation fonctionnelle, raison pour laquelle notre appréciation est inchangée. Par décision du 1er décembre 2020, la CNA a alloué à U. _____ une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un

- 6 - degré d'invalidité de 18 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. U. _____, représenté par le syndicat E. _____, à [...], a formé opposition contre cette décision par acte du 5 janvier 2021, demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 15 %. Il a contesté l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, se prévalant de l'avis de son orthopédiste traitant, le Dr L. _____, lequel attestait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (rapport du 16 décembre 2020). L'assuré a reproché à l'intimé de ne pas avoir retenu, au titre de revenu sans invalidité, le salaire global de ses activités principale et accessoire réalisé au moment de l'accident. Il a invoqué un revenu sans invalidité de 96'617 francs. Il a également contesté l'évaluation du revenu d'invalidité au moyen de l'ESS. En ce qui concernait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré s'est aussi référé à l'avis de son chirurgien traitant, le Dr L. _____ (rapport du 16 décembre 2020), pour lequel l'incapacité de l'assuré de lever son bras droit au-dessus de l'épaule justifiait l'application d'un taux de 15 % au moins. Par décision sur opposition du 27 janvier 2021, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 1er décembre 2020. B. a) Par acte du 25 février 2021, U. _____, toujours représenté par E. _____, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 15 %. Il a fait valoir que l'appréciation médicale de la Dre I. _____ ne remplissait pas les critères jurisprudentiels susceptibles de lui conférer pleine valeur probante, reprochant également à cette médecin d'avoir minimisé les douleurs tout en admettant l'impossibilité d'expliquer objectivement, notamment sur la base de la documentation radiologique, l'origine de ces douleurs. L'assuré a contesté une nouvelle fois les termes de la comparaison des revenus

- 7 - opérée par la CNA et réitéré ses griefs concernant l'évaluation de son atteinte à l'intégrité. A l'appui de son recours, il a produit un nouveau rapport du Dr L. _____ du 11 février 2021. b) Dans sa réponse du 8 avril 2021, la CNA a conclu au rejet du recours, se

référant à la décision attaquée. c) L'assuré a répliqué en date du 3 mai 2021 et confirmé ses conclusions. A cette occasion, il a produit un rapport de scintigraphie osseuse en trois phases et de spect-CT (scanner) des épaules effectués le 12 avril 2021, mettant en évidence un syndrome douloureux régional complexe (CRPS ou SDRC) de l'épaule droite qui expliquait objectivement la symptomatologie douloureuse, et confirmait les suspicions du Dr L. _____ à ce propos. L'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise. d) La CNA a dupliqué le 25 juin 2021 et maintenu ses conclusions. Elle a produit une appréciation médicale de la Dre I. _____ du 9 juin 2021 dans laquelle ce médecin expliquait les raisons pour lesquelles le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe ne pouvait être retenu. En v i g u E n d r o i t : 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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

- 8 - 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. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur le calcul du degré d'invalidité, respectivement sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). c) 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

- 9 - circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). 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). Il en va différemment en présence de troubles qui sont en relation de causalité naturelle avec l'accident, mais qui ne reposent pas sur un déficit organique objectivable (ATF 140 V 356 consid. 3.2). En pareil cas,

l'examen de la causalité adéquate se fait selon des règles particulières en fonction de la gravité de l'accident et du type de lésion (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 140 consid. 5). Lorsque notamment l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée (ATF 115 V 403 consid. 5a ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.3). 4. a) 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 par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). 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 (première phrase). 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 (deuxième phrase). b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 [al. 1 des dispositions transitoires relatives à

- 10 - la modification du 25 septembre 2015]), si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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 al. 1 LAA). 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves 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. (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Il n'est au demeurant pas lié par les faits constatés dans la décision litigieuse (JEAN MÉTRAL, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 63 ad art. 61 LPGA). 6. a) Dans ses rapports rédigés les 20 mars 2018 et

E. 29

octobre 2010 consid. 4.2). b) Il est constant que le début du droit à la rente d'invalidité, respectivement le moment où il convient de procéder à la comparaison des revenus, doit être fixé au 1er mai 2020. 8. Pour calculer le revenu sans invalidité, l'intimée s'est fondée, d'une part, sur le revenu que le recourant aurait pu réaliser en 2020 en qualité de manœuvre, soit 69'680 fr., et, d'autre part, sur le revenu qu'il aurait pu réaliser en 2020 dans le cadre de son activité accessoire d'agent nettoyeur, soit 10'725 fr. (cf. calcul du gain assuré et résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente du

E. 30

novembre 2020). a) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant si elle 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 la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). b) Lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sur la base de

- 16 - valeurs statistiques ou de moyennes. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (TF 8C_709/2018 du 18 juin 2019 consid. 3 et les références citées). c) En l'espèce, il y a lieu de retenir que l'intimée n'avait, dans le cas d'espèce, aucune raison objective de s'écarter du revenu que le recourant percevait auprès de ses employeurs avant la survenance de son accident. Contrairement à ce que laisse sous-entendre l'intimée, aucun élément au dossier ne permet d'affirmer que le recourant n'aurait pas poursuivi ses activités auprès de ses anciens employeurs aux mêmes taux et aux mêmes conditions sans la survenance de son invalidité. A cet égard, le fait que le recourant a conclu au mois de juin 2018 un nouveau contrat d'agent nettoyeur sur la base de dix heures hebdomadaires (cf. courrier électronique de D. _____ SA du 13 octobre 2020) importe peu, dès lors que ce contrat a, selon toute vraisemblance, été conclu en tenant compte de l'état de santé du recourant et des limitations ressenties à ce moment précis. Cela étant, il y a lieu de retenir que le recourant percevait, depuis le mois de janvier 2016, un salaire mensuel brut (incluant le 13ème salaire) de 1'918 fr. 60 pour son activité auprès de D. _____ SA (fiches de salaire 2016, pièce 278 du dossier de l'intimée, pages 13 à 15), soit un montant annuel de 23'023 fr. 20 (1'918 fr. 60 x 12 mois). Indexé à l'évolution des salaires (+ 2,8 % ; cf. Office fédéral de la statistique [OFS], Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2020, T39), on obtient par conséquent un montant de 23'667 fr. 85. Ajouté au revenu de l'activité principale – non contesté – de 69'680 fr. (13 x 5'680 fr. ; résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente du 30 novembre 2020), on obtient un revenu sans invalidité de 93'347 fr. 85.

- 17 - 9. Pour fixer le revenu d'invalide du recourant, l'intimée s'est fondée sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'OFS en tenant compte d'un niveau de compétence 1 et d'un abattement sur le salaire statistique de 5 %. a) Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. 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 publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). b) L'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique a été révisée dans sa version 2012

(sur les principaux changements, cf. notamment ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Les emplois sont désormais classés par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué et les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de professions sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont donc été définis en fonction des groupes de professions et du type de travail qui y est généralement effectué. Il existe neuf groupes de professions: les deux premiers regroupent les tâches qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques ou factuelles dans un domaine spécialisé (niveau de compétence 4) ; le troisième regroupe les tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances

- 18 - dans un domaine spécialisé (niveau de compétence 3) ; les cinq suivants regroupent les 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 (niveau de compétence 2) ; le neuvième regroupe les tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1 ; cf. ESS 2012, brochure éditée par l'Office fédéral de la statistique, p. 11 ss). L'accent est donc désormais mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications, mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. c) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif

- 19 - pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2). d) En l'occurrence le recourant conteste uniquement l'abattement sur le salaire statistique pris en considération pour fixer le revenu d'invalidé, lequel aurait dû être fixé à 25 % au lieu de 5 %. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, le manque d'expérience dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. Tout nouveau travail va d'ailleurs de pair avec une période de formation initiale, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un

abattement à ce titre (voir par exemple, TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 et 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Le niveau de compétence 1 de l'ESS, déterminant en l'espèce, ne nécessite par ailleurs pas, selon la jurisprudence constante (TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.4), une bonne maîtrise d'une langue nationale, si bien que le niveau de français du recourant est suffisant pour exercer une telle profession sans être désavantagé sur le marché du travail (cf. rapport d'examen du 25 septembre 2017 de la Dre I._____, p. 2 : « L'assuré est venu en compagnie de son épouse qui traduit parfois les questions un peu plus compliquées, mais l'assuré peut bien comprendre le français et parle un français suffisant pour être compris. »). Quant à la problématique des limitations fonctionnelles, il y a lieu de constater qu'il a été tenu compte de ces dernières par le biais de l'abattement de 5 % retenu par l'intimée, lequel tient compte de manière appropriée des effets que les séquelles accidentelles retenues par la Dre I._____ (rapport d'examen du 20 mars 2018) entraînent sur l'exercice d'une activité adaptée. Au regard des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (niveau de compétence 1), un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers respectant les limitations fonctionnelles du recourant ; une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie donc pas pour tenir compte des

- 20 - circonstances liées à son handicap (cf. TF 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 et 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1). En particulier, un abattement supplémentaire pour une activité monomanuelle, tel qu'il a pu être admis en certaines circonstances (cf. TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 5), ne se justifie pas dans le cas d'espèce compte tenu des facteurs contextuels ou sans lien de causalité avec l'accident relevés par les médecins (rapports du 21 novembre 2017 de la Clinique de réadaptation J._____, du 4 décembre 2017 de la Dre V._____ et du 24 septembre 2019 du Dr P._____). e) Selon l'ESS 2018, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes dans des activités manuelles simples était de 5'417 fr. pour une semaine de travail de 40 heures, soit 65'004 fr. par an. Compte tenu de la durée hebdomadaire moyenne de travail en 2020 (41,7 heures ; cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01) et de l'indexation (1,7 % ; cf. OFS, Evolution des salaires nominaux T39), on obtient un salaire annuel de 68'918 fr. 70. En déduisant l'abattement de 5 % (cf. consid. 9d), le revenu d'invalidé se monte en définitive à 65'472 fr. 75. 10. La comparaison d'un revenu sans invalidité de 93'347 fr. 85 avec un revenu d'invalidé de 65'472 fr. 75 aboutit au constat d'une perte de gain de 30 %. Par conséquent, la décision attaquée, en tant qu'elle constate le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident fondée sur un degré d'invalidité de 18 % doit être réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident fondée sur un degré d'invalidité de 30 %. 11. Le recourant conteste également le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été allouée, estimant que celle-ci devrait être fixée au moins à 15 %.

- 21 - 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 (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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 133 V 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 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, 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, deuxième phrase, 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_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de

- 22 - procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) En l'occurrence, l'intimée, en allouant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, n'a pas violé le droit fédéral. D'après la Table 1 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs), la mobilité de l'épaule jusqu'à 30° degré au-dessus de l'épaule donne droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Dans une appréciation médicale du 20 mars 2018, la Dre I. _____ a constaté que les valeurs observées lors de l'examen du 14 mars 2018 (flexion à 115° et abduction à 95°) étaient moins bonnes que celles constatées lors de l'examen du 25 septembre 2017 (flexion à 125° et abduction à 115°). Elle a cependant expliqué ces différences par des facteurs non médicaux, concluant que la limitation fonctionnelle de l'épaule correspondait à une mobilité de 30° au-dessus de l'horizontale et pouvait aussi s'apparenter à une périarthrite scapulo-humérale moyenne, atteintes ouvrant toutes deux un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Il n'y a pas lieu de suivre l'appréciation faite par le Dr L. _____ (rapports des 16 décembre 2020 et 11 février 2021), selon laquelle l'incapacité du recourant de lever son bras droit au-dessus de l'épaule justifierait l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % au moins, dès lors que la perte de mobilité du bras droit n'est pas justifiée par des motifs médicaux objectifs, mais plus probablement par un syndrome somatoforme douloureux comme l'explique de manière convaincante le Dr P. _____ dans son rapport du 24 septembre 2019 (cf. consid. 6c-d ci-dessus). La décision de l'intimée doit par conséquent être confirmée en tant qu'elle concerne le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. 12. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un degré d'invalidité de 30 % dès le 1er mai 2020. Le recours doit être rejeté pour le surplus.

- 23 - b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA). c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation pour l'intervention de son syndicat (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (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 la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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