

VS_GERICHTE S2 21 105 vom 29. März 2024

VS Kantonsgericht, 2024-03-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 21 105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_21_105)

FR: VS_GERICHTE S2 21 105 du 29 mars 2024

IT: VS_GERICHTE S2 21 105 del 29 marzo 2024

Regeste

S2 21 105 ARRÊT DU 29 MARS 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Ferdinand Vanay, greffier en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat à Sion contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée, représentée par Maître Didier Elsig, avocat à Lausanne (art. 16, 18 al. 1, 19 et 24 LAA ; stabilisation de l'état de santé, rente d'invalidité de l'assurance-accidents et IPAI)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

E. 1.2

Le recours déposé le 4 octobre 2021 à l'encontre de la décision sur opposition du 1er septembre précédent, a été interjeté dans le délai légal (art. 60 LPGA) devant la Cour - 10 - de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

E. 1.3

Faisant usage d'un droit que la loi lui reconnaît (art. 56 al. 1, 17 al. 2 et 19 al. 1 LPJA), le recourant sollicite, à titre de moyen de preuve, l'édition du dossier de l'intimée. Cette requête est satisfaite, puisque ledit dossier a été déposé céans, le 30 novembre 2021. Quant à la demande de l'intéressé de mettre en œuvre une expertise judiciaire, elle sera traitée en fin d'arrêt (cf. infra, consid. 6).

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée a retenu à bon droit que l'état de santé du recourant était stabilisé et si elle en a correctement déduit que celui-ci n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et qu'il pouvait prétendre à une IPAI correspondant à 25 % de son gain annuel.

E. 3.1

Selon l'article 6 alinéa 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 et 122 V 230 consid. 1 et les références).

E. 3.2

Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, pour autant que celui-ci soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'article 7 LPGA dispose qu'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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

- 11 -

E. 3.3

L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que « 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 ». Cette norme règle tout d'abord le moment où un cas d'assurance doit être clôturé (ATF 134 V 109 consid. 3.2). Les prestations temporaires, telles que les indemnités journalières et le traitement médical, ne doivent être accordées par l'assureur-accidents – pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité soient terminées – qu'aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé. Si ce n'est plus le cas, le cas doit être clos en suspendant les prestations temporaires et en examinant simultanément le droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1, 143 V 148 consid. 3.1.1 et 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 s., cités p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3). 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. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermique – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie (arrêt 8C_176/2023 précité consid. 3 et les réf. cit. ; GEERTSEN, in HÜRZELER/KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht – UVG, 2018, no 9 ad art. 19 et les réf. cit.). On relèvera en outre que la réapparition prévisible de douleurs en cas d'atteinte à la santé stationnaire ne

constitue pas une résurgence d'une maladie que l'on pensait guérie et n'est donc pas une rechute (RAMA 2005 5/2005 U 557 p. 388, cité p. ex. in jugement CAS S2 17 64 / S2 18 56 du 8 février 2019 consid. 4).

- 12 - La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt 8C_176/2023 précité consid. 3 et les réf. cit. ; GEERTSEN, op. cit., no 10 ad art. 19 et les réf. cit.).

E. 3.4

Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPGa). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et consciencieuse que possible. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un 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. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.1). 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

- 13 - peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt 8C_696/2022 précité consid. 4.3.2).

E. 3.5

En l'occurrence, la dernière intervention chirurgicale dont a bénéficié le recourant s'est déroulée, le 21 janvier 2020, et a consisté en une réimplantation de la prothèse au niveau de son épaule droite (cf. protocole opératoire, sous pièce n. 208). Au cours de l'année 2020, l'intéressé a poursuivi sa rééducation, avec des séances de physiothérapie. Le 11 juin 2020, le Dr C _____ a indiqué que l'évolution suivait son cours, a précisé que le bilan radiologique était rassurant et a observé une antépulsion active jusqu'à 95 degrés, une

abduction active jusqu'à 60 degrés, une rotation externe coude au corps de 20 degrés et une rotation interne au niveau des fesses (cf. rapport, sous pièce n. 218). Le 23 juillet suivant, ce médecin a observé « beaucoup de progrès », avec une antépulsion entre 90 et 100 degrés, une abduction à 70 degrés, une rotation externe coude au corps de 25 degrés et une rotation interne encore limitée au niveau des L3-L4 ; il a préconisé la poursuite de la physiothérapie (cf. rapport, sous pièce n. 235). Le 29 juillet 2020, lors de l'examen auprès du Dr F _____, ce médecin d'arrondissement de la CNA a relevé que le patient mentionnait toujours la persistance de douleurs et d'une faiblesse à son épaule droite lorsqu'il la mobilisait. Il a constaté une antépulsion à 80 degrés, une abduction à 45 degrés, une rotation externe de 10 degrés et une rotation interne au niveau des hanches (cf. rapport, sous pièce n. 231). La Cour relève que ces résultats sont surprenants, dans la mesure où ils sont singulièrement moins bons que ceux que le Dr C _____ rapportait six jours plus tôt, sans qu'aucun élément objectif ne permette de l'expliquer. Quoi qu'il en soit, le Dr F _____ a considéré qu'à ce moment-là, la situation médicale n'était pas encore stabilisée et il a préconisé un nouveau séjour à la CRR (cf. idem). Ce séjour s'est déroulé du 3 novembre au 1er décembre 2020. Dans ce cadre, le Dr E _____ a relevé, à l'entrée, des amplitudes de mobilité active de l'épaule droite à 80 degrés en flexion, 70 degrés en abduction et 45 degrés en rotation externe ; à la sortie, ces amplitudes étaient de 100 degrés en flexion, 95 degrés en abduction et 30 degrés en rotation externe (cf. rapport du 14 décembre 2020 p. 2 et 3, sous pièce n. 247). Ce médecin a indiqué que le patient avait participé, durant son séjour, à des ateliers professionnels dans des activités très légères et sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives, mais qu'il n'avait jamais atteint l'entier de la période planifiée. Il en a conclu que l'intéressé n'était toujours pas en mesure de reprendre une activité professionnelle en l'état et qu'il restait très centré sur ses douleurs. Il a estimé qu'une stabilisation médicale était « attendue dans un délai de 4 à 6 mois » et que l'assuré

- 14 - présentait des limitations fonctionnelles définitives semblables à celles identifiées durant son précédent séjour en 2018. Une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée était théoriquement indiquée, mais se heurtait aux facteurs contextuels et à la difficulté pour le patient à se projeter dans une autre activité (cf. idem). Le Dr C _____ a revu son patient, le 22 janvier 2021, et a observé que la situation semblait s'améliorer, avec une diminution de l'intensité des douleurs et de la gêne ; il a relevé une antépulsion active jusqu'à 95-100 degrés, une abduction toujours limitée à 70 degrés, une rotation externe coude au corps de 45 degrés et une rotation interne au niveau des fesses. Il a proposé la poursuite des exercices de physiothérapie (cf. rapport du 26 janvier 2021, sous pièce n. 254). Au contrôle suivant, le 18 mars 2021, ce médecin a indiqué que « la situation [était] status quo » et que le patient progressait doucement. Il a mentionné une antépulsion active jusqu'à 95-100 degrés, une abduction jusqu'à 75- 80 degrés et une rotation externe coude au corps de 20 degrés (cf. rapport du 23 mars 2021, sous pièce n. 272). Sur la base de ces pièces, il y a lieu de retenir que la situation médicale du recourant s'est lentement améliorée entre l'examen auprès du Dr F _____, le 29 juillet 2020, et celui du 22 janvier 2021 auprès du Dr C _____ : l'amplitude des mouvements a globalement progressé et les douleurs se sont atténuées. Deux mois plus tard, le Dr C _____ faisait part d'une situation stable, avec poursuite du traitement de physiothérapie. Compte tenu de ces renseignements, le Dr F _____ a considéré de manière objective, dans son rapport du 2 juin 2021, que la situation médicale était stabilisée (cf. pièce n. 275). Ce constat est en outre compatible avec le pronostic de stabilisation sous 4 à 6 mois que le Dr E _____

avait émis dans son rapport du 14 décembre 2020 (cf. pièce n. 247). Il s'ensuit que l'intimée s'est a priori fondée à bon droit sur les conclusions de son médecin d'arrondissement pour clore le cas d'assurance, en considérant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre des mesures médicales une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré.

E. 3.6

Le recourant conteste ce point de vue, en arguant tout d'abord que le rapport précité du Dr F _____ n'est pas probant et que son état de santé n'est pas stabilisé. Il relève que les conclusions du médecin d'arrondissement sont en contradiction avec celles que le Dr C _____ a formulées, dans un rapport du 30 août 2021. L'assuré a joint ce rapport à son mémoire de recours. Le Dr C _____ y indique que « la situation n'est pas du tout stabilisée ». Il précise que son patient « garde encore des douleurs avec une impotence fonctionnelle » et qu'il arrive à peine à faire une

- 15 - antéulsion à 90 degrés en actif, une abduction active à 80 degrés et une rotation externe coude au corps à 25 degrés. Il ajoute que les douleurs sont reproductibles même à la palpation superficielle musculaire au niveau du galbe de l'épaule droite et qu'elles irradient au niveau de coude. Ce spécialiste avoue être « démuni » face à la décision de la CNA de ne plus prendre en charge des séances de physiothérapie, dont il demande le maintien ; à défaut, il propose de convoquer le patient à la CRR pour une rééducation intensive et une nouvelle évaluation de ses capacités afin de pouvoir assurer sa réinsertion professionnelle. La Cour constate que le Dr C _____ n'amène, dans ce nouveau rapport, aucun élément nouveau qui permettrait de considérer que l'état de son patient ne serait effectivement pas encore stabilisé. La situation médicale et les limitations fonctionnelles qu'il évoque sont singulièrement les mêmes que celles décrites dans ses deux rapports de janvier et de mars 2021 (v. aussi rapport du 28 juin 2021, sous pièce n. 293). S'agissant de la poursuite du traitement physiothérapeutique, le Dr C _____ ne précise pas quelles améliorations sensibles de l'état de santé de l'assuré, au sens précisé ci-dessus (cf. supra, consid. 3.3), cette mesure permettrait vraisemblablement d'apporter. Vu que ce traitement est le même depuis l'intervention du 21 janvier 2020 et qu'objectivement, la situation médicale du recourant n'a pas significativement évolué depuis le début de l'année 2021, la Cour estime que la décision de l'intimée de clore le cas à partir du 1er août suivant échappe à la critique. Pour ces motifs, l'avis contraire du Dr C _____ n'est pas susceptible d'ébranler cette conviction. On précisera encore que, comme le fait remarquer l'intimée dans sa réponse (p. 16 s.), le fait qu'elle ait accepté la prise en charge d'une à deux séries de séances de physiothérapie par an, pour l'année à venir, puis en fonction de l'évolution, ne signifie nullement que l'état de santé du recourant n'est pas encore stabilisé. En effet, ces mesures, même si elles sont bénéfiques pour l'assuré, ne permettent pas d'améliorer sensiblement son état de santé actuel.

E. 3.7

Ensuite, le recourant a joint à sa réplique un autre rapport du Dr C _____ daté du 2 novembre 2021, faisant suite à une consultation du 28 octobre précédent. Ce médecin y constate une absence de progrès au niveau de la mobilité de l'épaule de son patient et indique que celui-ci rapporte des douleurs de plus en plus présentes nécessitant la prise d'anti-inflammatoires. A cet égard et vu le rapport du Dr F _____ du 30 juillet 2020, le recourant n'est très compliant avec les traitements antidouleurs.

- 16 - Ce rapport ne comporte aucun élément déterminant pour l'évaluation de la situation médicale du recourant au moment de la décision litigieuse. La Cour rappelle que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a in fine et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3). Or, in casu, rien dans le rapport du 2 novembre 2021 ne permet de remettre en cause l'appréciation de l'intimée au sujet de la situation médicale de l'assuré.

E. 3.8

En outre, le recourant conteste être en mesure d'exercer une activité simple et répétitive ; il reproche ainsi à l'intimée d'avoir retenu à tort qu'il disposait d'une capacité de gain totale dans une activité légère et de niveau de compétences 1 ne requérant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. Il relève à ce sujet que l'intimée se réfère, dans sa décision sur opposition, à des limitations fonctionnelles retenues par le Dr E _____ dans son rapport du 6 juin 2018, appréciation qui est d'après lui trop ancienne pour être déterminante. Il est exact qu'au chiffre 4 de sa décision précitée, la CNA dresse une liste des limitations fonctionnelles définitives que le Dr E _____ a retenues dans son rapport du 6 juin 2018. L'intimée précise cependant à bon escient que ces limitations ont été confirmées par ce médecin dans son rapport du 14 décembre 2020 (cf. rapport p. 5, sous pièce n. 247). Dès lors, le recourant argue en vain que l'évolution de son état de santé depuis 2018 aurait permis de définir « des limitations fonctionnelles bien plus précises ». Cela ne ressort d'ailleurs d'aucune autre pièce du dossier et, en particulier, pas du rapport du Dr F _____ du 2 juin 2021 dans lequel celui-ci fait mention de limitations semblables à celles décrites par son confrère avec, en sus, une interdiction des activités engendrant des chocs ou des vibrations de façon continue et/ou répétitive au niveau du membre supérieur droit (cf. rapport p. 5, sous pièce n. 275). Quant au grief contestant que l'état de santé du recourant lui permette, comme l'a retenu l'intimée, d'exercer à temps plein une activité légère et de niveau de compétences 1, il

- 17 - doit être lui aussi écarté. En effet, le recourant motive cette critique en rappelant que, selon lui, son état de santé n'est pas du tout stabilisé, point de vue dont a vu qu'il ne résistait pas à l'examen (cf. supra, consid. 3.6).

E. 4.1

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité

(ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à cette comparaison, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente d'invalidité (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les réf. cit.). Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle ou ne met pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain, une stricte comparaison des revenus au sens de l'article 16 LPGA est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir de données médicales et selon la méthode générale de la comparaison des revenus. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. Ensuite, il y a lieu d'évaluer le gain que l'intéressé pourrait encore réaliser en exerçant une telle activité (revenu d'invalidité) et de le comparer avec celui qu'il aurait pu réaliser sans handicap (revenu sans invalidité) sur un marché équilibré du travail. Le degré d'invalidité résulte de cette comparaison (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 et 104 V 135 consid. 2a et 2b).

E. 4.2

En l'espèce, la CNA a considéré que les limitations fonctionnelles avec lesquelles le recourant devait compter depuis son accident étaient définitives. Elle a donc examiné si l'assuré avait droit à une rente d'invalidité, en appliquant la méthode d'évaluation précitée. Elle a ainsi tenu compte d'un salaire hypothétique sans invalidité de 73'714 fr. et d'un revenu d'invalidité évalué à 69'268 fr., sur la base des données statistiques tirées de l'ESS et après indexation du salaire pour les années 2020 et 2021. Cette comparaison mettait en évidence une perte de gain de 6 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir un droit

- 18 - à une rente d'invalidité LAA (cf. décision sur opposition du 1er septembre 2021 consid. 5 et 6, sous pièce no 308). Céans, le recourant ne conteste ni la méthode d'évaluation utilisée, ni les montants arrêtés pour comparer les revenus. En revanche, il soutient que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, ses limitations fonctionnelles ne lui permettent nullement d'exercer une activité simple de niveau 1 et qu'il convient d'attendre que son état de santé s'améliore notablement.

E. 4.2.1

Sans minimiser le handicap dont l'assuré souffre au niveau de son épaule droite, la Cour estime qu'il ne l'empêche pas d'exercer une activité légère ne requérant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. Comme le relève l'intimée dans sa réponse (p. 18 s.), il existe en effet, sur le marché du travail équilibré, suffisamment d'activités légères qui sont adaptées à ce handicap, point que le recourant ne conteste pas au moyen d'arguments précis. On rappellera à cet égard que la notion de marché du travail équilibré est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accident ; elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. p. ex., en matière d'assurance-accidents, arrêt du Tribunal fédéral 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 et les réf. cit.). En outre, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle

mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. p. ex., en matière d'assurance-accidents, arrêt du Tribunal fédéral 8C_926/2011 du

E. 4.2.2

Quant à l'argument du recourant, selon lequel il conviendrait de différer l'évaluation de son taux d'invalidité jusqu'à ce que son état de santé s'améliore, il a déjà été retenu ci-dessus que la situation était stabilisée et qu'il n'y avait pas lieu d'attendre de nouvelles mesures médicales une amélioration sensible des limitations que l'intéressé connaît au niveau de son épaule droite (cf. supra, consid. 3.5 et 3.6). Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a dès lors pas lieu de surseoir à l'examen de son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, question que l'intimée a donc examinée à juste titre.

E. 4.3

Au vu de ces considérations, la comparaison des revenus opérée par la CNA ne prête pas flanc à la critique. Partant, le taux d'invalidité de 6 %, inférieur au minimum de

E. 7

décembre 2012 consid. 2.2 et les réf. cit.). Certes, il est exact que, lors de son séjour à la CRR en novembre 2020, l'intéressé a participé à des ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives dans des activités très légères, sans jamais atteindre l'entier de la période

- 19 - planifiée. Le Dr E _____ a cependant expliqué ce fait en relevant que l'assuré était très centré sur ses douleurs et mettait constamment en avant ses difficultés liées au diabète pour raccourcir les périodes planifiées (cf. rapport du Dr E _____ p. 5, sous pièce n. 247). On ne saurait donc considérer que les performances de l'intéressé au cours ces ateliers professionnels reflètent objectivement une incapacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il présente au niveau de son épaule et qui résultent de l'événement accidentel. Par ailleurs, au moment où il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 146 V 16 consid. 7.1 et les réf. cit.), soit le 2 juin 2021 (date du rapport du Dr F _____), le recourant était âgé de presque 55 ans et n'avait donc pas encore atteint l'âge, proche de celui donnant droit à la rente de vieillesse, à partir duquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail nécessite une analyse globale de la situation afin d'examiner si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1, cité p. ex. in arrêt 8C_240/2021 précité consid. 3).

E. 10

%, n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité, ce qu'a constaté à bon droit l'intimée. 5. 5.1 Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'article 36 alinéa 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.

- 20 - Allouée sous forme de prestation en capital, dite indemnité 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 (art. 25 al. 1 LAA). Elle est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA), laquelle dresse une liste d'atteintes. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans cette liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (annexe 3 OLAA ch. 1 al. 2). La division médicale de la CNA a en outre établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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 124 V 209 consid. 4a/cc, cité p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2). 5.2 En l'espèce, l'intimée a fixé à 25 % le taux de l'atteinte à l'intégrité résultant de l'événement accidentel. Elle s'est fondée pour cela sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement. Celui-ci a indiqué que ce taux de 25 % avait été attribué en raison de la persistance d'omalgies et d'une limitation de la fonction après la mise en place d'une prothèse totale de l'épaule droite compliquée par une infection. Il a précisé qu'il avait été fixé par analogie avec celui arrêté pour une arthrose gléno-humérale grave (10 à 25 % selon la table 5, p. 5.2, du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Selon ce médecin, la situation clinique de l'assuré correspondait en effet à une atteinte d'une telle gravité, ce qui représentait une atteinte conséquente et durable (cf. rapport du 2 juin 2021, sous pièce n. 276). Le recourant demande qu'un taux minimum de 30 % soit retenu, en affirmant que « le Dr C _____ a clairement documenté des douleurs fonctionnelles importantes » (cf. mémoire de recours p. 16). Cet argument ne convainc pas, puisque le Dr F _____ a bien pris en considération la persistance de ces douleurs pour fixer le taux de l'IPAI. Au demeurant, il ne ressort pas des pièces médicales que l'assuré présente des douleurs particulièrement aiguës au niveau de son épaule. En effet, dans ses rapports des 27 juillet 2020 et 26 janvier 2021 (cf. pièces n. 235 et 254), le Dr C _____ a indiqué que les douleurs étaient en diminution ; de même, il ressort du rapport du Dr E _____ du 1er décembre 2020 (p. 3) que les douleurs augmentent à l'activité et diminuent au repos (cf. pièce n. 247). Il ne ressort non plus pas de ces documents que les douleurs contraignent l'intéressé à suivre un traitement médicamenteux continu à base d'antalgiques ; lors de son examen par le

- 21 - Dr F _____, le 29 juillet 2020, l'assuré a d'ailleurs indiqué qu'il ne prenait que très occasionnellement du Dafalgan (cf. rapport p. 4, sous pièce n. 231). Dans ces conditions, il n'est pas possible de considérer que les douleurs en question sont intenses au point de justifier une IPAI supérieure à 25 %. Le grief formulé par le recourant doit, partant, être écarté. En outre, le choix du Dr F _____ de se référer à la table 5 du barème d'indemnisation cité plus haut apparaît objectivement justifié, choix que le recourant ne critique d'ailleurs nullement. Dans la mesure où le taux de 25 % correspond au taux maximum qu'indique ce barème pour une atteinte au niveau de l'épaule, il n'y a pas lieu de censurer la décision de l'intimée sur ce point. 6. Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu

de mettre en œuvre une expertise judiciaire visant à déterminer si l'état de santé de l'assuré est stabilisé, respectivement à déterminer si le recourant pourrait prétendre à d'autres prestations accident ou à des prestations supérieures à celles déjà accordées. La demande du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve en général : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2021 du 27 juin 2022 consid. 5.2). 7. Il s'ensuit que le recours est rejeté sans frais ni dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

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