



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3023/2023

ATAS/77/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 février 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

représentée par Me Jeanne-Marie MONNEY, avocate

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES,
juges assesseures**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1963, a été employé en tant qu'agent d'exploitation pour le compte de la société B_____ du 26 mars 2018 au 4 novembre 2019. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
- b.** Le 5 mars 2019, il a ressenti une forte douleur à l'épaule gauche en tirant un tapis du sol (déclaration de sinistre du 3 juin 2019).
- c.** Le 17 mai 2019, il a consulté le service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison d'une aggravation des douleurs à l'épaule gauche. Le diagnostic de tendinite de la coiffe des rotateurs a été retenu dans un rapport des HUG du même jour.
- d.** L'assuré est en arrêt de travail total depuis lors.
- e.** L'ultrason de l'épaule gauche du 6 juin 2019 a révélé une importante quantité de liquide dans la gaine du long chef du biceps, avec une discrète hyperémie au Doppler couleur, et un épaississement de cette dernière, en lien avec une ténosynovite, sans kyste sous-chondral de la tête humérale.
- f.** L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche du 8 juillet 2019 a mis en évidence une lésion transfixiante focale du tendon du supra-épineux insertionnelle sans rétraction tendineuse, une tendinopathie du long chef du biceps associée à une ténosynovite, et une bursite sous-acromio-deltoïdienne.
- g.** Le 13 août 2019, l'assuré a été opéré à l'épaule gauche (ténodèse du long chef du biceps, suture du supra-épineux, et acromioplastie selon compte-rendu opératoire du département de chirurgie des HUG du 15 août 2019).
- h.** Lors d'un entretien dans les locaux de la SUVA le 7 octobre 2019, l'assuré a décrit l'événement du 5 mars 2019, et expliqué que le 17 mai 2019, alors qu'il se trouvait sur une échelle, il avait éprouvé des douleurs à l'épaule gauche, après avoir tenté de rattraper avec son bras gauche une plaque de métal au plafond qui s'était décrochée.
- i.** Le 7 novembre 2019, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a prescrit des séances de physiothérapie, qui ont été renouvelées à plusieurs reprises.
- j.** Le 16 janvier 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- k.** L'IRM de l'épaule gauche du 25 août 2020 a montré des stigmates opératoires de la coiffe supérieure, sans nouvelle rupture tendineuse, des signes de

fissurations profondes de la coiffe supérieure, inchangées par rapport au comparatif (IRM du 8 juillet 2019), sans signes indirects pour une capsulite rétractile, et la présence de liquide à la face inférieure de l'acromion communiquant avec l'articulation scapulo-humérale, compatible avec un kyste arthro-synovial.

l. Le 12 février 2021, l'assuré a bénéficié d'une infiltration au sein de la bourse sous-acromio-deltoïdienne gauche et de l'articulation acromio-claviculaire homolatérale.

m. L'IRM de l'épaule gauche du 1^{er} septembre 2021 a objectivé une progression des anomalies de signal en hypersignal T2 à l'insertion du tendon supra-épineux sans argument pour une rétraction tendineuse, avec stabilité de la trophicité musculaire, une fissuration profonde de tendon sous-scapulaire sans lésion transfixiante, et des stigmates d'acromioplastie et de ténodèse du long chef du biceps sans complication.

n. Le 14 décembre 2021, une infiltration de la bourse sous-acromio-deltoïdienne gauche et de la gaine du long chef du biceps a été effectuée.

o. Dans une note du 10 janvier 2022, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que le cas n'était pas encore stabilisé.

p. Dans un rapport du 8 juin 2022, le département de chirurgie des HUG, à la relecture des dernières images, n'a pas retenu une lésion transfixiante mais un sus-épineux inséré, en continuité avec un rehaussement au niveau cicatriciel et un tendon sous-scapulaire sans lésion transfixiante. Dans ce contexte, une intervention chirurgicale n'était pas nécessaire.

q. L'échographie de l'épaule gauche du 13 juin 2022 a conclu à un status environ deux ans après suture de la coiffe des rotateurs, sans argument en faveur d'une récurrence de déchirure, à la présence de deux microcalcifications de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux, et à un net épaissement inflammatoire de la bourse sous-acromio-deltoïdienne entrant dans le cadre d'un conflit sous-acromial.

r. L'IRM de l'épaule gauche du 20 juillet 2022 a révélé des stigmates d'acromioplastie, de suture du tendon du supra-épineux et de ténodèse du long chef du biceps, et une minime fissuration profonde du tendon sous-scapulaire, inchangée (comparatifs : IRM des 8 juillet 2019 et 1^{er} septembre 2021), sans nouvelle lésion tendineuse de la coiffe des rotateurs.

s. L'assuré a été convoqué à un examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA pour le 27 septembre 2022, auquel il ne s'est pas présenté. Le lendemain, le Dr C_____ a rendu une appréciation sur la base du dossier, en indiquant que le cas était stabilisé.

t. L'assuré, assisté d'un traducteur, a finalement été examiné par le médecin d'arrondissement le 20 janvier 2023. Dans un rapport du 24 janvier 2023, le Dr C_____ a constaté que les douleurs étaient situées sur la fosse sous-épineuse et à l'appui avec une irradiation vers le sillon delto-pectoral. Il a retenu les diagnostics de rupture de l'insertion du sus-épineux gauche avec tendinopathie du long chef du biceps, et de status post-réinsertion chirurgicale (trois ans et cinq mois). Il a confirmé que le cas était stabilisé, en l'absence de toute thérapie efficace. La mobilité était bonne, avec une perte de la force (le soulèvement d'un fauteuil de 13-14 kg était possible dans l'axe du corps, arrêté en élévation à 20°). Sur cette base, le médecin a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, l'assuré était apte à exercer une activité adaptée à plein temps, sans soulèvement de charges supérieures à 10 kg dans l'axe du corps jusqu'à la taille, 5 kg en porte-à-faux, 3 kg de façon rapide et fréquente, sans poussées-tractions contrariées, et sans travail au-dessus de l'horizontale.

Le Dr C_____ a relevé que l'état de la coiffe des rotateurs était assimilable à une périarthrite scapulo-humérale moyenne (taux d'atteinte 10%) à grave (taux d'atteinte 25% selon la table 1 de la SUVA relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs). Il a estimé l'atteinte à l'intégrité à 15%, diminuée à 10% compte tenu de l'état dégénératif antérieur.

u. Par courrier du 15 février 2023, la SUVA a annoncé à l'assuré mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2023, le cas étant stabilisé médicalement.

v. Dans un projet de décision du 21 février 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2020 au 31 août 2022, et lui refuser des mesures professionnelles, notamment un reclassement. L'assuré ne subissait aucune perte de gain dès le 3 mai 2022, date à compter de laquelle il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

B. a. Par décision du 19 avril 2023, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, la comparaison des revenus sans (CHF 57'529.-) et avec (CHF 60'120.-) invalidité n'aboutissant à aucune perte de gain. Elle lui a reconnu par contre le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de CHF 14'820.- sur la base d'un taux de 10%.

b. Par courrier du 22 mai 2023, l'assuré, sous la plume de ASSUAS, a formé opposition à cette décision, en concluant à son annulation, à ce qu'il soit dit que la relation de causalité naturelle entre l'accident du 17 mai 2019 et l'atteinte à l'intégrité était établie, qu'il avait droit tant à une IPAI de 25% qu'à une rente d'invalidité, à la prise en charge des traitements médicaux, et à la mise en œuvre de toute mesure probatoire utile.

c. Par décision du 20 juin 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision.

d. Par décision du 17 juillet 2023, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, dans la mesure où elle était recevable.

La SUVA a considéré que les griefs relatifs au lien de causalité naturelle entre les troubles de l'épaule gauche et l'accident du 17 mai 2019 n'étaient pas pertinents, dès lors qu'en l'absence dudit lien, les prestations n'auraient pas été allouées.

En ce qui concernait la conclusion tendant à la prise en charge des traitements médicaux, et en conséquence, à la reconnaissance de la non-stabilisation de l'état de santé, ainsi que celle tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, la SUVA les a déclarées irrecevables, faute de motivation, même sommaire. En particulier, l'assuré ne contestait ni la capacité de travail exigible, ni les limitations fonctionnelles, ni les revenus avec et sans invalidité retenus.

Elle a enfin confirmé le taux de l'IPAI de 10%, en l'absence d'éléments médicaux remettant en doute l'appréciation du Dr C_____ à ce sujet.

- C. a.** Par acte du 14 septembre 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation, et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une réévaluation à la hausse de l'IPAI, et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Le recourant a fait valoir que l'avis du Dr C_____ quant aux diagnostics et limitations fonctionnelles était contredit par les médecins qui l'avaient examiné, notamment par le docteur D_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dans un rapport du 18 janvier 2023, raison pour laquelle il sollicitait une expertise médicale afin d'établir le droit à une rente d'invalidité.

Il a exposé que l'appréciation du Dr C_____ relative au taux de l'IPAI ne pouvait pas être suivie non plus, faute de reposer sur un examen clinique approfondi, d'autant moins que la causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à l'intégrité était totale et non pas partielle comme l'admettait ce médecin, justifiant en conséquence une réévaluation à la hausse du taux de l'IPAI.

- b.** Dans sa réponse du 6 novembre 2023, l'intimée, représentée par son avocate, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition.

Elle a relevé que le litige portait sur l'irrecevabilité de l'opposition quant à la rente d'invalidité et non pas, comme le soutenait le recourant, sur le droit à la rente d'invalidité. Ainsi, la conclusion de celui-ci tendant à l'octroi de cette prestation était irrecevable, car elle sortait de l'objet du litige. En l'absence de motivation, même sommaire, l'intimée ne pouvait pas déduire les motifs pour lesquels la décision (du 19 avril 2023) était erronée sur le plan factuel et juridique s'agissant de la stabilisation de l'état de santé et de la rente d'invalidité. Elle en a tiré la conclusion que c'était à bon droit qu'elle avait déclaré irrecevable l'opposition sur ces points.

L'intimée a ajouté que le Dr C_____ s'était conformé au système légal en réduisant le taux de l'IPAI, puisque l'atteinte à la santé n'était que partiellement imputable à l'accident. Le dossier ayant été instruit à satisfaction de droit sur le plan médical, elle s'est opposée à la mise sur pied d'une expertise.

c. Dans sa réplique du 18 décembre 2023, le recourant a admis qu'il souffrait d'une arthropathie acromio-claviculaire débutante en juillet 2019, quatre mois après l'accident, et non pas d'un état antérieur significatif comme le retenait le Dr C_____. Ainsi, il remettait en question le taux de l'atteinte due au traumatisme tel que fixé par ce médecin. Il a rappelé qu'en juin 2022, près de trois ans après l'accident, ses douleurs étaient cotées à 8/10 au repos et à 9/10 à la mobilisation. Le Dr D_____ avait indiqué qu'il fallait s'attendre à ce que la douleur et l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche demeurent. En octobre 2020, il présentait une abduction à 100°, en précisant que l'arc douloureux se situait entre 60 et 100°. De ce fait, il aurait dû se voir allouer une IPAI de 30% au moins.

d. Dans sa duplique du 19 janvier 2023, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 14 septembre 2023) a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date (le 17 mai 2019), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

5.

5.1 Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Le recours a été interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA).

5.2 L'intimée considère que la conclusion du recourant tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, qui relève du fond, est irrecevable, au motif qu'elle excède l'objet du litige, dans la mesure où la décision querellée prononce l'irrecevabilité de l'opposition s'agissant du droit à cette prestation, faute à l'époque de motivation, même sommaire à ce sujet.

Dans son opposition, le recourant contestait l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement, en faisant valoir que des rapports médicaux au dossier concluaient à une incapacité de travail totale (dossier intimée pièce 286 p. 10). On peut se demander si l'argumentation du recourant n'était pas suffisante pour que l'intimée entre en matière sur le droit à la rente d'invalidité. La question de la recevabilité de la conclusion du recourant à cet égard dans la présente procédure peut toutefois demeurer ouverte, car, pour les motifs exposés plus loin, le recours doit être rejeté.

6. Ceci étant dit, au vu des conclusions et motifs du recours, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi que son droit éventuel à une IPAI supérieure au taux de 10% retenu par l'intimée.

7.

7.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

7.2 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

8.

8.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

8.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017).

8.3 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

9.

9.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

9.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

9.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise

mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

11.

11.1 En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur le rapport du 24 janvier 2023 de son médecin d'arrondissement, le Dr C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour mettre un terme au traitement médical et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2023, et considérer que le recourant est pleinement apte à travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

11.2 Le Dr C_____ a étudié le dossier du recourant, droitier, y compris radiologique (dossier intimée pièce 222 p.1-8 ; pièce 246 p. 3), pris en compte les plaintes de celui-ci (pièce 246 p. 4) et l'a examiné (p. 4-5). Il a constaté que les douleurs au membre supérieur gauche persistaient, mais que la mobilité était bonne, avec une perte de la force (p. 5-6). En l'absence de toute thérapie efficace (physiothérapie, infiltrations ; p. 4), à trois ans de l'opération chirurgicale, il a considéré que le cas était stabilisé (p. 6).

Quand bien même les douleurs du recourant persistaient, vu l'absence d'une amélioration significative malgré les séances de physiothérapie et les infiltrations, et compte tenu du fait qu'il n'y avait plus aucune proposition chirurgicale (rapport des HUG du 8 juin 2022 [pièce 201 p. 1]), l'intimée était fondée à retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3), et à mettre un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 mars 2023.

11.3 En ce qui concerne la capacité de travail résiduelle du recourant, c'est sur la base de l'examen clinique (pièce 246 p. 4-6) et donc en connaissance des limitations de celui-ci que le Dr C_____ a estimé qu'il est apte à exercer une activité adaptée à plein temps (ne nécessitant pas le soulèvement de charges supérieures à 10 kg dans l'axe du corps jusqu'à la taille, 5 kg en porte-à-faux, 3 kg de façon rapide et fréquente, sans poussées-tractions contrariées, et sans travail au-dessus de l'horizontale ; p. 6).

Aucun rapport médical au dossier ne fait état d'éléments objectifs permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr C_____. En particulier, dans son rapport du 18 janvier 2023, que le recourant cite, le Dr D_____ ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de celui-ci (pièce 247 p. 2). Le fait que les actes de la vie quotidienne (faire le ménage, se doucher) soient difficiles à réaliser, de même que le port de charges lourdes, aux dires du recourant en raison des douleurs (pièce 247 p. 1) n'est pas susceptible de remettre en cause l'exigibilité entière dans une activité adaptée. Les douleurs relevées par le Dr D_____ étaient connues du médecin d'arrondissement de la SUVA qui pour rappel a exposé son appréciation du cas sur la base de l'examen clinique du recourant, en connaissance des restrictions physiques de ce dernier.

Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir, avec le Dr C_____, que le recourant est pleinement apte à exercer une activité adaptée (dès le 1^{er} avril 2023).

11.4 Au vu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise, sollicitée par le recourant, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), inutile, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.

12. Reste à examiner le degré d'invalidité.

12.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

12.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

12.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant

l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

12.4 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178).

La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6). Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a récemment estimé qu'il n'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4).

Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne

concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

13.

13.1 En l'espèce, dans la mesure où il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant au 31 mars 2023, il convient d'examiner le droit éventuel à la rente dès le 1^{er} avril 2023. La comparaison des revenus doit donc se faire au regard de cette année.

13.2 S'agissant du revenu sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2023 dans son ancienne activité s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, il sied de se référer à la Convention collective de travail dans le secteur du nettoyage, qui était appliquée par l'ancien employeur (dossier intimée pièce 266).

Selon l'Arrêté du Conseil fédéral étendant le champ d'application de la convention collective de travail du secteur du nettoyage pour la Suisse romande, prorogation et modification du 30 novembre 2022, le salaire horaire d'un nettoyeur sans qualification, actif plus de quatre ans dans la branche, comme c'était le cas du recourant (pièce 20 p. 1), s'élève à CHF 23.75 en 2023. Cependant, dans le canton de Genève, le salaire minimum légal s'applique (cf. Annexe 2 audit Arrêté), qui était de CHF 24.- cette année (disponible sur : <https://www.eda.admin.ch/missions/mission-onu-geneve/fr/home/manuel-application-regime/introduction/manuel-droit-travail/Salaire-minimum-dans-le-canton-de-Geneve.html>).

Le recourant percevait de son ancien employeur un salaire horaire brut qui englobait les indemnités pour jours de vacances de 9.25% (art. 17 ch. 8 de l'Arrêté du Conseil fédéral étendant le champ d'application de la convention collective de travail du secteur du nettoyage pour la Suisse romande du 13 février 2014) et pour jours fériés de 3.75% (art. 16 ch. 3 dudit Arrêté ; pièce 266).

Lorsque le salaire horaire comprend l'indemnité de vacances et l'indemnité pour jours fériés, les jours correspondants de vacances et de congés doivent être déduits du temps de travail annuel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_249/2020 du 3 décembre 2020 consid. 5.1).

Durant l'année 2023, le recourant aurait, à raison de 8.60 heures par jour (l'horaire de travail dans l'entreprise étant de 43 heures hebdomadaires ; pièce 266), effectivement travaillé 231 jours (365 jours - 53 dimanches - 52 samedis - 7 jours fériés (vendredi 7 avril [Vendredi-Saint], lundi 10 avril [Pâques], jeudi 18 mai [Ascension], lundi 29 mai [Pentecôte], mardi 1^{er} août [Fête nationale], jeudi 7 septembre [Jeûne genevois], et lundi 25 décembre [Noël], le Nouvel An, et la Restauration de la République tombant sur un dimanche ; cf. <https://www.ge.ch/vacances-scolaires-jours-feries/jours-feries-officiels-2022-2027>) - 22 jours de vacances (un taux d'indemnité de vacances de 10.64% correspond à 25 jours de vacances [cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.4] ; partant, un taux d'indemnité de vacances ici de 9.25% correspond à 22 jours de vacances [$9.25 \times 25 / 10.64 = 21.73$]).

Compte tenu d'un salaire horaire de CHF 27.10 (24 [salaire de base] + 0.90 [jours fériés ; $24 \times 3.75\%$] + 2.22 [vacances ; $24 \times 9.25\%$]), il en résulte un revenu annuel sans invalidité de CHF 58'321.46 ($27.10 \times 8.60 \times 231 = 53'836.86$), auquel vient s'ajouter le droit au 13^e salaire (8.33% ; art. 9 ch. 2 de l'Arrêté précité du 13 février 2014, soit CHF 4'484.60).

13.3 En ce qui concerne le revenu avec invalidité, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, il convient de l'évaluer sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS.

En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020 ; l'ESS 2020, le 23 août 2022. Dès lors qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, le 17 juillet 2023, l'intimée disposait des données 2020, le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base de l'ESS 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture (éventuel) du droit à la rente, soit le 1^{er} avril 2023 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2).

Ainsi, il y a lieu de se référer au tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2020, dont il ressort que le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'261.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13^{ème} salaire comprise), ou à CHF 63'132.- par année pour un plein temps ($5'261 \times 12$).

Le salaire hypothétique de CHF 63'132.- se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 65'815.11 pour un plein temps ($63'132 \times 41.7 / 40$).

Il y a ensuite lieu d'indexer ce montant à 2023, année déterminante pour la comparaison des revenus.

Selon le tableau publié par l'OFS le 24 avril 2023, les salaires nominaux des hommes ont diminué de 0.7% en 2021, et augmenté de 1.1% en 2022 (disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.24745535.html>).

Selon l'estimation trimestrielle de l'évolution des salaires nominaux publiée par l'OFS le 31 mai 2023 (disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/indices-salaires/estimation-trimestrielle.assetdetail.25305058.html>), soit la plus récente au moment déterminant de la décision litigieuse du 17 juillet 2023 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2), les salaires nominaux ont augmenté de 1.8% en 2023.

Il s'ensuit que le revenu d'invalidé s'élève à CHF 67'262.60 pour un plein temps en 2023 (65'815.11 - 460.71 en 2021 = 65'354.40 + 718.90 en 2022 = 66'073.30 + 1'189.30 en 2023 = 67'262.60).

L'intimée a appliqué un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son permis B (dossier intimée pièce 270).

Pour le surplus, dans l'arrêt 8C_227/2017 du 17 mai 2018, le Tribunal fédéral a rappelé que l'âge d'un assuré ne constituait pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffisait pas de constater qu'un assuré avait dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Il a en outre insisté sur le point que l'effet de l'âge combiné avec un handicap devait 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. Dans le cas qui lui était soumis d'un assuré âgé de 59 ans au moment déterminant, le Tribunal fédéral a constaté qu'après la cessation d'activité de son ancien employeur, l'assuré avait accompli plusieurs missions temporaires alors qu'il était au chômage, de sorte qu'on pouvait admettre qu'il disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel, susceptible le cas échéant de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge, surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui étaient, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché du travail équilibré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_597/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.2.2).

En l'occurrence, les perspectives salariales du recourant ne sont pas concrètement réduites sur un marché du travail équilibré en raison de son âge (59 ans au moment du droit à la rente), dans le domaine des emplois non qualifiés (qui correspondent à ceux du niveau de compétence 1). Il ressort par ailleurs du dossier que l'expérience professionnelle du recourant ne s'est pas limitée à celle d'un agent d'exploitation. Il a également exercé différents métiers dans le bâtiment : peinture, carrelage (dossier intimée pièce 115 p. 1). Il sied donc d'admettre qu'il dispose d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs 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.

La durée de l'absence du marché du travail ne constitue pas non plus une circonstance déterminante pour un abattement dans le contexte d'une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.3).

L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle sur les perspectives salariales lorsque le revenu d'invalidé est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1, comme c'est le cas en l'espèce. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2).

La prise en compte d'un abattement en raison des années de service ne se justifie guère dans le cadre du niveau de compétence 1, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.4).

Par ailleurs, le niveau de compétence 1 déterminant en l'espèce ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.4).

Partant, il n'y a pas lieu d'appliquer un abattement supérieur à 10%.

Il en résulte que le revenu d'invalidé s'élève à CHF 60'536.34 (67'262.60 - 6'726.26) en 2023.

13.4 En conséquence, le revenu d'invalidé étant supérieur au revenu de valide (CHF 58'321.46), le recourant ne subit aucune perte de gain, de sorte qu'il n'a pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

- 14.** Reste encore à se prononcer sur le droit éventuel du recourant à une IPAI supérieure au taux de 10% retenu par l'intimée.

14.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

14.2 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel.

En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références).

Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi 125 II 169 consid. 2d).

14.3 Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U. 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg

P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, *in* SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, cf. également ATF 140 V 193 consid. 3.2).

14.4 Depuis le 1^{er} janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et à CHF 406.- par jour (art. 22 OLAA).

14.5 L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3).

Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

14.6 Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il est équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et - cumulativement - l'importance quantifiable. Le taux d'une atteinte à l'intégrité dont l'aggravation est prévisible, au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA, doit être fixé sur la base de constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.3 et les références).

Si l'atteinte à la santé évolue dans le cadre du pronostic initial, il est exclu de réviser une indemnité pour atteinte à l'intégrité une fois que celle-ci a été accordée. En revanche, l'indemnité peut être réévaluée si l'atteinte à l'intégrité s'aggrave ultérieurement de manière significative (d'au moins 5%) par rapport au pronostic (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 2.2. et les références ; RAMA 1991 n° U 132 p. 305).

14.7 À teneur de l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

En vertu de l'art. 47 OLAA, l'ampleur de la réduction des rentes et des indemnités pour atteinte à l'intégrité, qui est opérée en raison de causes étrangères à l'accident, est déterminée en fonction du rôle de celles-ci dans l'atteinte à la santé ou le décès ; la situation personnelle et économique de l'ayant droit peut également être prise en considération.

L'art. 36 al. 2 LAA repose sur l'idée qu'une atteinte à la santé peut ne pas avoir été causée uniquement par un accident mais conjointement à d'autres facteurs étrangers à celui-ci, alors que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents. Cette disposition trouve application lorsque l'accident et l'événement non assuré ont causé conjointement une atteinte à la santé et si les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. En revanche, l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable lorsque les facteurs déclenchants ont causé des dommages sans influence réciproque, par exemple lorsque l'accident et

l'événement non assuré concernant des parties du corps différentes et qu'ainsi les troubles ne coïncident pas. Dans un tel cas, les conséquences de l'accident assuré sont à évaluer pour elles-mêmes (ATF 126 V 116 consid. 3b ; 121 V 326 consid. 3c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2007 du 2 avril 2008 consid. 4).

Contrairement aux rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité peuvent être réduites en raison d'un état préexistant, même si cet état n'a eu aucune incidence sur la capacité de gain de la personne assurée avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_91/2023 du 28 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

15.

15.1 En l'espèce, l'intimée s'est appuyée sur le rapport du 24 janvier 2023 du Dr C_____ pour allouer au recourant une IPAI de 10%.

15.2 Dans ce rapport, le Dr C_____ a, après avoir étudié le dossier du recourant, y compris radiologique (dossier intimée pièce 222 p.1-8 ; pièce 246 p. 3), et procédé à son examen clinique (pièce 246 p. 4-5), indiqué que l'état dégénératif de la coiffe des rotateurs gauche avait été aggravé par l'accident (pièce 246 p. 6). Ainsi, contrairement à ce que paraît croire le recourant, le médecin d'arrondissement a bel et bien reconnu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et la rupture de l'insertion du sus-épineux de l'épaule gauche. Il sera rappelé qu'en présence d'une atteinte à la santé physique, comme en l'occurrence, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_614/2020 du 7 septembre 2021 consid. 2.1).

Ceci étant dit, en connaissance des limitations du recourant (pièce 246 p. 5), le Dr C_____ a mentionné que l'état de la coiffe, décompensé par l'accident, était assimilable, au jour de son examen, à une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave (pièce 246 p. 6). En se référant à la table 1 d'indemnisation de la SUVA (taux d'atteinte à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des membres supérieurs), il a relevé qu'une périarthrite scapulo-humérale moyenne correspond à un taux de 10%, et celle grave à un taux de 25%. Il a constaté que l'atteinte du recourant se situait entre ces deux taux, et l'a évaluée à 15%. De ce taux, il a déduit 5% en raison de l'existence de l'état antérieur, ce qui portait le taux de l'atteinte à l'intégrité final à 10% (pièce 245 p. 1).

15.3 Le recourant conteste ce taux, en se limitant à substituer sa propre évaluation à celle du Dr C_____. Il prétend que son épaule bloquée « en abduction » justifie l'octroi d'une IPAI de 30%. Or, ladite table prévoit ce taux d'indemnisation pour une épaule bloquée « en adduction ». Aucun avis médical au dossier ne procède à une évaluation différente de l'atteinte à l'intégrité ou ne permet de mettre en doute l'appréciation du Dr C_____, notamment s'agissant de la répartition entre la part

accidentelle (10%) et celle malade (5%) définie par celui-ci. En particulier, dans son rapport du 18 janvier 2023 (que cite le recourant), le Dr D_____ ne s'est pas prononcé sur l'IPAI, étant souligné que les douleurs persistantes de l'épaule gauche dont ce spécialiste a fait état étaient connues du médecin d'arrondissement de la SUVA. C'est le lieu de rappeler que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise précisément à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant.

Enfin, aucun rapport médical n'indique que la prévisibilité d'une aggravation importante de l'atteinte apparaissait vraisemblable, au jour de l'examen.

15.4 En conclusion, aucun avis médical ne relève que l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA repose sur des faits médicaux inexacts ou sur une mauvaise application des règles d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité, étant précisé que, quoi qu'en dise le recourant, la réduction de l'indemnité pour tenir compte de l'état dégénératif est conforme à l'art. 36 al. 2 LAA, en vertu duquel les indemnités pour atteinte à l'intégrité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

- 16.** En conséquence, le recours est rejeté.
- 17.** Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

L'intimée, représentée, qui obtient gain de cause, conclut à l'octroi de dépens.

Toutefois, étant une organisation chargée de tâches de droit public (ATF 112 V 44 consid. 3), et compte tenu du fait que le recours n'est ni téméraire ni ne témoigne de légèreté et que la cause ne saurait être considérée comme complexe, l'intimée n'a pas droit à des dépens (dans ce sens : ATAS/1076/2018 du 21 novembre 2018 consid. 12).

- 18.** Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le