

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/364/2024

ATAS/71/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 février 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

représenté par Maître Raphaël ROUX

contre

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

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et
Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1962, originaire de Porto, en Suisse depuis 2011, divorcé et père d'un enfant adulte et autonome.
 - b.** L'assuré était employé à 100% par B_____ depuis le 27 janvier 2022 lorsque, le 2 février 2022, il a glissé et est tombé au sol sur la partie gauche de son corps.
- B.**
- a.** Cet accident a été annoncé à la SUVA Caisse Nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée), qui lui a octroyé ses prestations.
 - b.** Une arthro-IRM de l'épaule gauche de l'assuré du 11 mars 2022 a mis en évidence une déchirure complète des tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux, une rétractation de leur moignon proximal à la hauteur de l'interligne articulaire acromio-claviculaire, une arthrose acromio-claviculaire avancée, une communication de l'interligne articulaire avec la BSAD et une ostéophyte sur le versant inféro-latéral de l'acromion.
 - c.** L'assuré a été opéré le 20 avril 2022.
 - d.** Il a été examiné par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'assurance de la SUVA, lequel a conclu, le 13 janvier 2023, que son état de santé était stabilisé et qu'il était pleinement capable de travailler à condition de ne pas soulever :
 - dans l'axe du corps et jusqu'à la taille un poids supérieur à 15 kg ;
 - en porte-à-faux en direction de l'horizontale de façon isolée un poids supérieur à 15 kg ;
 - de façon rapide ou fréquente des poids de 5 à 8 kg.
 - e.** Dans un rapport du 16 janvier 2021, le Dr C_____ a fixé l'atteinte à l'intégrité à 10%, en se référant à la table n°1 et en retenant dans un premier temps un taux de 15%, puis en procédant à un abattement de 5% pour tenir compte de l'état antérieur à l'accident, à savoir des tendinites ainsi qu'une involution graisseuse préalable, signe de dégénérescence des muscles de l'épaule.
 - f.** Par décision du 30 janvier 2023, la SUVA a informé l'assuré que l'examen médical récent avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2023.
 - g.** Par décision du 16 février 2023, la SUVA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après l'IPAI) de CHF 14'820.- correspondant à un taux de 10%.
 - h.** L'assuré a formé opposition à cette décision le 20 mars 2023, concluant à la reprise des prestations temporaires d'assurance et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une IPAI fondée sur un taux de 15%, en se prévalant

d'un rapport de la docteure D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressortait que sa mobilité avait régressé et que par conséquent son état de santé n'était pas stabilisé et qu'il convenait de reprendre le versement des indemnités journalières.

i. Sur suggestion du Dr C_____, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) du 28 juin au 3 août 2023, qui a établi un rapport à ce sujet le 18 août 2023.

j. Le 9 novembre 2023, l'assuré a été engagé par E_____ (ci-après : E_____) comme peintre et isolateur façadier, à plein temps.

k. Par décision sur opposition du 4 janvier 2024, la SUVA a rejeté l'opposition, considérant qu'en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail de l'assuré, c'était à juste titre qu'elle avait considéré que son état de santé était stabilisé. Dans ces circonstances, la fin des indemnités journalières et du traitement médical devait être confirmée ainsi que le passage à l'examen du droit à la rente et à l'IPAI.

La SUVA admettait que le revenu sans invalidité pouvait être déterminé sur la base du contrat de mission dont l'assuré bénéficiait lors de la survenance de l'accident. Il aurait perçu, selon celui-ci, un revenu horaire de CHF 30.07. Selon la convention collective de travail applicable, le total des heures annuelles de travail déterminant s'élevait à 2'112 (art. 24 al. 2), ce qui comprenait tant les jours fériés que les vacances, soit un revenu de CHF 63'507.85, auxquels il fallait ajouter 8.3% au titre de 13^{ème} salaire, pour un total de CHF 68'779.-, correspondant à CHF 70'017.-, en tenant de l'évolution des salaires en 2023.

L'assuré soutenait à tort qu'il devait encore être tenu compte d'une indemnité forfaitaire de repas de CHF 25.- par jour selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 8C_310/2018 du 18 décembre 2018 consid. 7.4).

L'intimée a revu sa position s'agissant de l'abattement sur le revenu avec invalidité, admettant que les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré auxquelles s'ajoutaient des circonstances personnelles et professionnelles autorisaient à opérer une déduction du salaire statistique global de 5%.

En conséquence, le revenu avec invalidité était arrêté à CHF 63'899.-. La comparaison des revenus de valide et d'invalidité laissait apparaître une perte de gain de 9%. Dès lors que le minimum légal prévu à l'art. 18 al. 1 LAA n'était pas atteint, la décision entreprise, en tant qu'elle niait le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, n'était pas critiquable et devait être confirmée.

S'agissant de l'IPAI, la SUVA avait reconnu à l'assuré le droit à une indemnité de CHF 14'820.-, correspondant au taux de 10%. L'assuré faisait valoir qu'un abattement de 5% sur un taux de 15% revenait à reconnaître une indemnité fondée sur un taux de 14.25%. Il invoquait par ailleurs sa situation personnelle et

économique difficile, au sens de l'art. 47 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202).

Les extrapolations opérées par l'assuré ne correspondaient pas à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du Dr C_____. Celui-ci avait tenu compte tant des atteintes accidentelles que de l'état antérieur, non contesté, de l'assuré. Sa conclusion était univoque à l'issue d'un raisonnement compréhensible et documenté. La valeur probante de ses appréciations médicales avait d'ores et déjà été examinée et reconnue et rien autorisait à s'en écarter.

Il n'y avait pas lieu de retenir une situation personnelle et économique difficile au sens de l'art. 47 OLAA dans le cas de l'assuré.

- C.**
- a.** Le 1^{er} février 2024, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant au paiement des indemnités journalières jusqu'à sa reprise d'emploi, à une IPAI de 15% et à l'octroi d'une rente d'invalidité.
 - b.** Le 9 février 2024, l'intimée a persisté dans sa décision sur opposition.
 - c.** Le 6 mars 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.
 - d.** Le 13 mars 2024, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
 - e.** Les parties ont été entendues par la chambre de céans lors d'une audience du 2 octobre 2024.
 - f.** Le 26 novembre 2024, le recourant a produit des pièces complémentaires, notamment une décision de l'OAI du 28 octobre 2024 qui lui octroyait une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2023, au motif que selon son service de réadaptation, la capacité résiduelle de travail ne pouvait être mise en valeur dans son cas et qu'il convenait de considérer la perte de gain comme totale.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la date de fin du droit aux indemnités journalières du recourant, son droit à une rente d'invalidité et le montant de l'IPAI.

3.

3.1

3.1.1 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 LPGGA) 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).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) 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). 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 LPGGA; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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).

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 de 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 oeuvre. 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_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). 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 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^e phrase, LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase, LPGA). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 et les références ; 114 V 281 consid. 5b et les références). À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle. Toutefois, cette jurisprudence, développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimé à l'art. 6, phr. 2 LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable), ne concerne que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit en assurance-accidents l'art. 19 LAA. Autrement dit, lorsque le droit à l'indemnité journalière cesse du fait que les conditions du droit à la rente sont remplies (art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA), l'assureur-accidents n'est pas

tenu d'impartir à l'assuré un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et la rente fixée est versée à la date où a pris fin le droit à l'indemnité journalière (qui correspond également à celle de la fin du droit à la prise en charge du traitement médical selon l'art. 10 al. 1 LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit à ces deux prestations - qui sont temporaires - et le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et les références).

3.1.2 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 LPG, 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 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

3.2 En l'espèce, dans sa décision du 30 janvier 2023, la SUVA a informé le recourant qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2023, car l'examen médical du Dr C_____ avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement dès cette date.

Dans son rapport du 16 janvier 2023, le Dr C_____ a indiqué que compte tenu de ses constatations du 12 janvier 2023, de la non-progression de la mobilité depuis plus de deux mois en rééducation, alors que la force avait récupéré, d'une relative indolence de l'épaule, de l'absence de consommation régulière de paracétamol, le cas évoluait vers une stabilisation et les deux séances hebdomadaires de rééducation ne pouvaient faire progresser de manière significative l'état de santé de l'assuré au-delà du 28 février 2023, date de la stabilisation.

Le recourant fait valoir que son cas n'était pas stabilisé jusqu'à sa reprise d'emploi, le 9 novembre 2023, se référant à un certificat médical de la Dre D_____ ainsi qu'au rapport de la CRR du 18 août 2023.

Le 17 février 2023 la docteure D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état d'une régression de la mobilité de l'épaule gauche de l'assuré. La mobilité était toujours très limitée et l'assuré présentait une épaule bloquée. Il était adressé pour une échographie afin de réévaluer son épaule. Une infiltration gléno-humérale avec distension au sérum froid lui était proposée. Son arrêt de travail était prolongé d'un mois.

Le 20 février 2023, le recourant a subi une infiltration de l'épaule par le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie.

Une échographie de l'épaule gauche du recourant a été effectuée le 20 février 2023 par la docteure G_____, qui a conclu qu'il n'y avait pas d'argument pour une rupture itérative du tendon sus-épineux, un status post-ténotomie fixation du tendon du long chef du biceps, sans rétraction et une bursite sous-acromio-delhoïdienne modérée.

La CRR a indiqué dans son rapport du 18 août 2023 que la situation était stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la mobilité de l'épaule ainsi que la force et l'endurance du membre supérieur gauche, mais serait sans effet sur les limitations fonctionnelles. Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était proposée par leur consultant spécialisé en chirurgie de l'épaule.

Il résulte des rapports médicaux précités que la date de stabilisation de l'état de santé du recourant au 28 février 2023 doit être confirmée, dès lors qu'il en ressort qu'aucun traitement médical pouvant améliorer sensiblement son état de santé n'était prévu après cette date.

L'aggravation de la mobilité de l'épaule constatée par la Dre D_____ n'apparaît pas déterminante au niveau des limitations fonctionnelles, puisqu'elle relevait tant dans ses rapports des 27 janvier et 17 février 2023 que le recourant souffrait d'une épaule gauche gelée. De plus, son dernier rapport était antérieur à l'infiltration du 20 février 2023, qui selon la CRR, a permis une amélioration des douleurs durant quelques semaines. Par la suite, aucun autre rapport médical ne propose un

nouveau traitement hormis de la physiothérapie, ce qui ne suffit pas à retenir qu'un état de santé n'est pas stabilisé.

En conclusion, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière pour le recourant au 28 février 2023.

4. Le recourant fait valoir qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé aurait dû être retenu, ce qui lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité.

4.1 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).

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).

On évalue le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

Lorsqu'il s'agit de déterminer le revenu d'invalidé sur la base d'un revenu effectif fluctuant, il y a lieu d'appliquer par analogie la jurisprudence relative à la détermination du revenu sans invalidité, selon laquelle il est possible de s'écarter du salaire réalisé en dernier lieu notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2 et les références).

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'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 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le tribunal des assurances sociales ne

peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

Un abattement sur le revenu d'invalidé n'est en principe pas appliqué pour des personnes assurées dont la dernière activité impliquait des travaux physiquement contraignants et qui, après la survenance d'une atteinte à la santé, ne peuvent exercer plus qu'un travail légèrement ou moyennement contraignant, mais sans limitation de l'horaire de travail ni baisse de rendement, parce que le salaire statistique retenu dans leur cas est tiré d'un tableau de l'ESS correspondant à un faible niveau d'exigence englobant un grand nombre de tâches légères ou moyennement lourdes et que la personne assurée n'a pas à subir de ce seul fait une diminution de son revenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et références citées).

Le fait que l'on ne puisse raisonnablement exiger de l'assuré que des travaux légers ne justifie pas un abattement en raison des limitations liées au handicap, d'autant plus que les salaires statistiques de niveau de qualification 1 de l'ESS comprennent déjà un grand nombre de travaux légers et moyennement lourds (arrêt du Tribunal fédéral 8C_151/2020 du 15 juillet 2020 consid. 6.2 et les références).

Au vu des activités simples du niveau de compétence 1, on ne saurait retenir qu'un assuré, au bénéfice d'un permis d'établissement, vivant en Suisse depuis plus de 36 ans au moment de la décision sur opposition, aurait des perspectives de gain moindres que celles d'un travailleur ayant la nationalité suisse (*cf.* ATF 126 V 75 consid. 5a/cc), quand bien même il maîtriserait mal le français et n'aurait pas de formation dans les activités en question, qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 et les références).

Le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, l'âge avancé peut constituer un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA, n'a pas encore été tranché par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 et les références).

Selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et a affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur

pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelles de l'assuré concerné (ATF 148 V 419 consid. 8.2 et la référence).

Dans un arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en ce qui concerne le critère de l'âge comme facteur d'abattement du salaire statistique, il y a lieu de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager la personne assurée sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3 et les références).

Dans un arrêt concernant une assurée âgée de 58 ans au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente, le Tribunal fédéral a rappelé que dans la mesure où les activités envisagées du niveau de compétence 1 ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis. En outre, ces emplois non qualifiés sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.2 et les références).

L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (cf. arrêts 8C_118/2021 précité consid. 6.3.2 ; 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2). 8C_659/2021 du 17 février 2022. Dans ce type d'activité, il n'y a pas lieu non plus de procéder à un abattement en raison de difficultés linguistiques ou d'analphabétisme (arrêts 8C_151/2020 du 15 juillet 2020 consid. 6.3.4 et 8C_328/2011 du 7 décembre 2011 consid. 10.2). Le fait que la recherche d'emploi de l'assuré est rendue plus difficile pour des raisons linguistiques est, d'une part, étranger à l'invalidité et, d'autre part, sans pertinence dans le cadre de la question de l'abattement.

4.2 En l'occurrence, le recourant fait valoir que l'abattement sur le revenu avec invalidité devait être porté à 10% et non seulement 5%, compte tenu de sa situation personnelle et de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Il ne pouvait pas faire usage de son épaule gauche et il aurait un rendement très limité dans tous

poste manutentionnaire. De plus, il n'avait pas de réseau professionnel dans les domaines qui ne nécessitaient pas l'usage des deux bras. Par ailleurs, compte tenu de son âge et du fait qu'il était sans formation, il lui serait extrêmement difficile de trouver un emploi.

Selon l'intimée, les limitations fonctionnelles invoquées par le recourant ne correspondaient pas à celles définies tant par le médecin d'assurance, suite à son examen personnel du 12 janvier 2023, que lors de son séjour à la CRR. Par ailleurs, celui-ci avait démontré être en mesure de trouver un emploi adapté à ses limitations. Rien ne justifiait d'opérer une déduction sur le salaire statistique supérieure à 5%.

En l'occurrence, il y a lieu de retenir, au vu de la jurisprudence précitée, que le recourant ne remplit pas les conditions pour un abattement plus élevé que 5%, dès lors qu'une capacité de travail de 100% lui est reconnue dans une activité légère, au niveau de compétence 1 de l'ESS, qui comprend de nombreux emplois avec des tâches simples et légères compatibles avec ses limitations fonctionnelles, qui ne sont pas particulièrement sévères, dans la mesure où il ne doit pas soulever

- dans l'axe du corps et jusqu'à la taille un poids supérieur à 15 kg ;
- en porte-à-faux en direction de l'horizontale de façon isolée un poids supérieur à 15 kg ;
- de façon rapide ou des fréquente des poids de 5 à 8 kg.

L'absence de formation, l'âge et les compétences linguistiques du recourant ne jouent pas de rôle dans le type d'activité exigible de lui. Quant à son absence de réseau professionnel, elle ne justifie pas non plus un abattement, car elle n'est pas susceptible d'avoir un impact sur son salaire, mais uniquement sur sa capacité à trouver un emploi.

En conclusion, la fixation d'un abattement de 5% par l'intimée doit être confirmée.

5. Le recourant conteste l'IPAI de 10% retenue par l'intimée estimant que celle-ci aurait dû retenir un taux 15%.

5.1

5.1.1 Il a fait valoir que le calcul de cette indemnité avait été effectué en deux temps. Dans un premier temps, il était fait référence à la table n°1 pour constater que l'atteinte correspondait à une indemnité de 15%. Dans un deuxième temps, il était considéré qu'il fallait procéder à un abattement de 5% pour tenir compte de facteur extérieur, soit un état antérieur. Un abattement de 5% sur l'indemnité de 15% revenait à reconnaître une indemnité de 14.25%. Le montant de 10% retenu dans la décision correspondait à un abattement de 30% et ne correspondait pas à l'avis médical.

Le recourant estime encore qu'une réduction du taux d'atteinte à l'intégrité ne se justifiait pas en application de l'art. 47 OLAA, car il était âgé de 62 ans, n'avait

pas de formation dans un domaine adapté à ses limitations fonctionnelles et avait dû contracter des dettes auprès de proches en 2023, lorsque l'intimée avait cessé tout versement en sa faveur et que le chômage ne lui avait versé des indemnités que sur 90 jours. Son contrat de travail avait débuté le 9 novembre 2023 et avait été résilié au 28 février 2024, en raison des limitations et du rendement faible. Pour le même motif, rien n'indiquait qu'il aurait droit aux prestations de l'assurance-invalidité. De plus, il n'aurait en outre sans doute pas droit à une retraite anticipée, puisqu'il avait été contraint au travail temporaire ces dernières années.

5.1.2 L'intimé indique avoir fixé l'IPAI à 10% en se fondant sur l'avis du Dr C_____, qui était probant et que rien ne permettait de s'en écarter.

S'agissant de l'art. 47 OLAA, l'intimée relève que les activités ressortant du niveau de compétence 1 étaient accessibles au recourant et ne requéraient aucune formation ni expérience. Ce dernier avait d'ailleurs été en mesure de trouver un emploi rapidement. Les dettes qu'il invoquait étaient apparues à compter d'avril 2024, soit bien après le prononcé de la décision entreprise et elles ne devaient dès lors pas être prises en considération selon la jurisprudence.

Il était maintenant établi que le recourant était bénéficiaire d'une rente d'invalidité de l'assurance invalidité de CHF 1'287.- dès le 1^{er} février 2023 et qu'il avait touché un rétroactif de CHF 18'339.-. Il ne pouvait se prévaloir du fait qu'il ne touchait pas de rente de sa caisse de pension, car il avait préféré retirer son avoir. Enfin, au moment du prononcé de la décision entreprise, il percevait un salaire. En définitive, la situation personnelle et économique du recourant n'autorisait pas à revenir sur l'étendue de l'abattement opéré en raison de circonstances étrangères à l'accident.

5.2 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).

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 IPAI, 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.

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que l'art. 36 al. 2 LAA ne changeait rien à l'exigence de la causalité adéquate. La réduction des prestations en application de cette disposition présuppose l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 121 V 326 ; 115 V 413 consid. 12c/bb).

Contrairement aux rentes d'invalidité, les IPAI 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).

L'art. 47 OLAA est de nature potestative et relève par conséquent du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge. Par situation personnelle et économique, on entend les charges familiales, la situation financière (revenus et fortune), ainsi que les dettes (VOLLENWEIDER/BRUNNER, in Basler Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz, 2019, n° 36 *ad* art. 36 LAA et les références citées).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5.3

5.3.1 En l'occurrence, le recourant procède à un calcul erroné du taux d'atteinte à l'intégrité en l'établissant par un « abattement » de 5% du taux de 15% (soit 15% - [5% x 15%]). La réduction du taux de l'atteinte à l'intégrité a été correctement établie, selon la pratique constante en la matière, en déduisant 5% du taux 15% retenu selon la table n°1 pour arriver à 10%. L'erreur du recourant semble s'expliquer par le fait que le Dr C_____ a utilisé le terme « abattement », ce qui a pu prêter à confusion, étant rappelé que l'abattement opéré sur le revenu avec invalidité dans le calcul du taux d'invalidité s'obtient en multipliant le montant de l'abattement au revenu avec invalidité puis en soustrayant le résultat obtenu du revenu avec invalidité.

Par ailleurs, faute de pièce médicale remettant en cause l'appréciation du Dr C_____, qui apparaît convaincante, il convient de confirmer le taux d'IPAI de 10% retenu par l'intimée.

5.3.2 S'agissant de l'application de l'art. 47 OLAA, la chambre de céans constate que la situation difficile sur plan financier alléguée par le recourant concerne une

période limitée dans le temps et postérieure à la décision querellée, qui date du 4 janvier 2023, puisqu'il ressort de cette dernière qu'il a touché les indemnités journalières de l'intimée jusqu'au 28 février 2023 et CHF 14'820.- d'IPAI au cours du même mois. Le fait qu'il était âgé de 62 ans et n'avait pas de formation dans un domaine adapté à ses limitations fonctionnelles ne constitue pas des circonstances justifiant une exception à la réduction de l'IPAI. Il faut également prendre en considération qu'il n'avait pas de charge familiale et était propriétaire d'un bien immobilier au Portugal, sans compter que le 28 octobre 2024, l'OAI lui a octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2021 avec le versement d'un rétroactif CHF 18'339.-, qui lui a permis de rembourser ses dettes selon ses dires.

6. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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