

200.2017.782.LAA
N° AVS
BCE/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 20 février 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
recourant

contre

Suva Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 21 juillet 2017



En fait:

A.

A. _____, né en 1970, a rejoint ses parents en Suisse en 1986. Titulaire d'un permis d'établissement, marié, père de deux enfants, sans formation professionnelle certifiée, il a essentiellement travaillé comme aide-monteur en chauffage. Par déclaration de sinistre du 28 février 1992, l'entreprise pour laquelle il travaillait a annoncé à son assureur-accidents, la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, que son employé avait été victime d'un accident de voiture le 7 février 1992. Une fracture de la clavicule droite et des lésions à l'épaule droite ont été diagnostiquées. Ayant pu reprendre le travail à plein temps dès le 18 mai 1992, l'assuré a, par la suite, alterné des périodes de travail avec des périodes de chômage. Des rechutes (problèmes à l'épaule droite) ont été annoncées à la Suva, en juillet 1997 et en janvier 1998. L'Office de l'assurance-invalidité (AI) Berne a rejeté le 19 octobre 2000 une première demande de prestations, sous forme de reclassement, déposée par l'intéressé, au motif que ce dernier travaillait à plein temps et ne désirait plus l'aide de l'AI. Dite décision n'a pas été contestée par l'intéressé.

L'assuré a encore travaillé en tant qu'aide-réviseur de citernes de septembre à novembre 2002. Une nouvelle rechute, intervenue dès le 12 novembre 2002, a été annoncée en mai 2003 par la caisse de chômage à la Suva. L'assuré a ensuite bénéficié de différentes mesures professionnelles (observation et soutien dans les recherches d'emploi) organisées par l'AI, suite à sa demande de prestations du 13 mai 2003. Une incapacité de travail passagère a fait l'objet de l'annonce à la Suva d'une nouvelle rechute le 29 mars 2004. Un reclassement professionnel en qualité de polisseur dans l'horlogerie a été mis en œuvre par l'AI. Cette dernière mesure commencée en juillet 2004 a cependant été interrompue en novembre 2004, en raison d'incapacités de travail répétées de l'assuré.

Le 16 janvier 2006, la clinique B. _____, sur requête de la Suva, a établi une expertise médicale, réalisée par des spécialistes en chirurgie orthopédique. Sur la base de cette expertise et par courrier du 17 mars

2006, la Suva a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10%, soit un montant de Fr. 9'720.-.

Après avoir consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a mandaté le Centre d'observation médicale de l'AI de l'hôpital C._____ (ci-après: le COMAI) pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique, neuropsychologique et chirurgie orthopédique). Cette dernière a été rendue le 13 septembre 2006 et s'écartait dans ses conclusions de l'expertise de la clinique B._____. Appelés à se prononcer sur les divergences de conclusions, la clinique B._____ et le COMAI ont maintenu leur position. Sur mandat de la Suva, avec des questions complémentaires de l'Office AI Berne, le Service d'orthopédie et de traumatologie d'un hôpital universitaire (Hôpital D._____) a procédé à une nouvelle expertise, établie le 14 septembre 2009. Du 19 janvier au 9 février 2011, l'assuré a séjourné dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur d'une clinique de réadaptation (Clinique E._____), laquelle a établi un rapport le 10 mars 2011. Sur cette base, par courrier du 18 avril 2011, l'intimée a informé l'assuré qu'elle considérait la situation médicale de ce dernier comme stabilisée et qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières au 30 avril 2011 mais qu'elle continuerait de prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires. De plus, elle a indiqué qu'elle se prononcerait ultérieurement s'agissant du droit à une rente d'invalidité. L'assuré a de nouveau travaillé, en gain intermédiaire, en tant qu'aide-monteur pour une entreprise d'installations sanitaires et de chauffage depuis le 1^{er} mai 2011. En incapacité de travail de 50% depuis courant octobre 2011, son contrat a pris fin au 31 décembre 2011. En octobre 2011, la caisse de chômage a fait parvenir une déclaration de sinistre à la Suva (dos. 227).

Par décision du 17 octobre 2012, confirmée par le Tribunal de céans dans un jugement du 15 novembre 2013 (JTA AI/2012/1066), l'Office AI Berne a rejeté la demande de rente de l'assuré, en indiquant que l'invalidité retenue de 22% ne lui donnait pas droit à une rente d'invalidité.

B.

L'intimée a rendu une décision le 16 janvier 2012 par laquelle elle a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité mais a accepté de prendre en charge un traitement à long terme jusqu'à nouvel avis et a confirmé l'IPAI de 10% précédemment octroyée par courrier du 17 mars 2006. L'intéressé, représenté par un mandataire, a formé une opposition de principe le 14 février 2012 et l'a motivée par courriers des 2 avril 2012 et 4 février 2013. Après une instruction complémentaire de la cause, la Suva a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 21 juillet 2017.

C.

L'octroi d'un délai supplémentaire pour recourir lui ayant été refusé par ordonnance du 11 septembre 2017, le 13 septembre 2017, l'assuré, agissant sans plus être représenté, a introduit un acte de recours, accompagné de trois pièces justificatives, en concluant implicitement à l'annulation de la décision sur opposition du 21 juillet 2017. A noter que le 11 septembre 2017, il a parallèlement fait parvenir une lettre de protestation et une demande de formulaire pour annoncer une rechute à la Suva.

Après avoir obtenu deux prolongations de délai, l'intimée a déposé son mémoire de réponse le 3 janvier 2018 en concluant au rejet du recours, sous suite de dépens. Le recourant a maintenu ses conclusions par réplique du 24 janvier 2018, accompagnée de sept pièces justificatives, et l'intimée a renoncé à déposer une duplique dans un courrier du 15 février 2018.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 21 juillet 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette l'opposition qui s'en prenait à la décision du 16 janvier 2012 dans la mesure où cette dernière passait au stade de l'examen du droit à des prestations de longue durée et refusait une rente d'invalidité - les autres points de la décision du 16 janvier 2012, notamment la confirmation du taux de 10% de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), n'étant pas contestés (ce que constate du reste le ch. 1 des considérants de la décision sur opposition). Le recours conclut à l'annulation de la décision sur opposition dans la mesure où elle refuse une rente d'invalidité, aux motifs que le prétendu taux inférieur à 10% est erroné et ne pouvait du reste pas être établi au vu du fait que l'état du recourant continue de s'aggraver. L'objet du litige continue donc de porter non seulement sur le droit à une rente, mais aussi sur le bienfondé de la clôture du cas (sur les questions d'objet de la contestation et d'objet du litige, voir notamment ATF 134 V 418 c. 5.2.1, 131 V 164 c. 2.1, 125 V 413 c. 1a ss; MERKLI/AESCHLIMANN/ HERZOG, *Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern*, 1997, art. 49 n. 2 et art. 72 n. 6). Même si ni l'opposition, ni le recours n'abordent cette question, au vu des griefs soulevés, on ne peut pas exclure que la contestation de la clôture du cas puisse aussi remettre en cause la fixation de l'IPAI, qui, selon l'art. 24 al. 2 LAA a en principe lieu lorsque le traitement médical est terminé (par analogie: RAMA 1999 p. 98 c. 1b s'agissant de l'absence d'entrée en force partielle en présence d'un litige relatif à des questions de causalité). L'intimée ne prétend du reste pas et ne constate pas formellement que ce point est entré en force. La fixation de l'IPAI ne peut donc à ce stade être exclue de l'objet de la contestation

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable sous réserve de ce qui suit (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 74 ss de la loi cantonale du

23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.2.1 Le fait que tant l'objet de la contestation que celui du litige couvrent la cessation des prestations de courte durée (soins et d'indemnités journalières) et l'examen du droit à celles de longue durée (rente et IPAI, voir traitement médical au sens de l'art. 21 LAA) ne pose pas de problème de recevabilité. Bien au contraire, selon la jurisprudence, dans le contexte de la clôture du cas au sens de l'art. 19 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20), il est même nécessaire d'examiner ces deux points simultanément en tant que seul et même objet du litige en cas de contestation, dans la mesure où les deux aspects à examiner sont étroitement interdépendants (ATF 144 V 354 c. 4.2).

1.2.2 En revanche, en tant qu'il demande, dans le cadre de sa réplique, outre l'octroi d'une rente d'invalidité, la restitution des radiographies contenues dans son dossier de patient et prétendument égarées par l'intimée, le recourant s'écarte de l'objet de la contestation. En effet, la décision sur opposition du 21 juillet 2017 ne se prononce pas sur une telle requête. Par conséquent, cette question sort de l'objet de la contestation si bien que cette conclusion est irrecevable. Si le recourant entend demander la restitution de radiographies ou une réparation d'un prétendu dommage en lien avec la perte de celles-ci, il appartient à ce dernier de déposer les demandes qui s'imposent.

1.2.3 Le recourant s'est plaint, au travers d'un courrier adressé à l'intimée daté du 11 septembre 2017 et joint à sa réplique du 24 janvier 2018, d'un retard injustifié dans la procédure d'opposition. Dans ce contexte, on peut relever que si les procédures de décision et décision sur opposition ont certes duré, c'est aussi en raison des requêtes de l'assuré tendant à faire reporter la clôture du dossier en invoquant la nécessité d'investigations médicales supplémentaires. Quoi qu'il en soit, la décision sur opposition ayant finalement été rendue, le recourant ne peut plus justifier d'un intérêt actuel digne de protection à introduire un recours pour déni de justice ou retard injustifié (ATF 125 V 373 c. 1; SVR 1998 UV n° 11 c. 5b/aa). Il en découle que si le présent recours tend véritablement à faire reconnaître un déni de justice, il est irrecevable dans cette mesure.

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) et la modification du 9 novembre 2016 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA, RS 832.202). Pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAA du 25 septembre 2015). Le principe de l'application de l'ancien droit vaut aussi pour les accidents non professionnels qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 9 octobre 1998. Toutefois, les prestations en espèces seront servies selon le nouveau droit si la prestation naît après l'entrée en vigueur de la modification du 9 octobre 1998 (le 1^{er} janvier 1999; art. 118 al. 4 LAA). En outre, le seuil de 10% de l'art. 18 al. 1 LAA (c. 2.3 ci-dessous) vaut dès l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003 de la modification qui l'a introduit, pour toutes les rentes d'invalidité nées postérieurement (art. 118 al. 2 let. c LAA).

2.2 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

2.3 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.

2.4 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 (anc. art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016; l'art. 18 al. 1 LAA actuellement en vigueur a la même teneur mais exclut les accidents survenus après l'âge ordinaire de la retraite). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

2.4.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale

de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1).

2.4.2 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Si, après la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou plus dans une mesure exigible de sa part, la jurisprudence admet que le revenu d'invalidé soit déterminé en se basant soit sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée périodiquement par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit sur les descriptions de postes de travail (DPT) de la Suva (ATF 143 V 295 c. 2.2).

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent 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 fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

2.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 En l'espèce, il est incontesté et établi que l'accident de la circulation dont a été victime le recourant le 2 février 1992 est un accident non

professionnel au sens de l'art. 8 LAA et que ce dernier est en relation de causalité avec les rechutes annoncées et les troubles somatiques qui persistent. Demeure litigieuse la question du droit à une rente d'invalidité, comprenant la problématique du passage du régime des prestations de courte durée à celui de celles de longue durée.

3.2 La Suva, dans sa décision sur opposition (et dans son mémoire de réponse du 3 janvier 2018), s'appuie sur différentes appréciations médicales pour affirmer qu'au 30 avril 2011, dans la perspective, à adopter, d'un examen prospectif, aucun traitement médical n'était plus apte à améliorer notablement l'état de santé du recourant, si bien qu'elle considère l'état de santé comme stabilisé à cette date. S'agissant des troubles psychiques invoqués par l'assuré, l'intimée estime que l'accident n'est pas en lien de causalité adéquate avec ceux-ci. De plus, pour la Suva, le résultat des observations professionnelles réalisées ne remet pas en doute le profil d'exigibilité défini médicalement, à savoir une capacité de travail à temps complet et sans baisse de rendement aucune dans une activité professionnelle. Elle estime par ailleurs que les revenus de valide et d'invalidé pris en compte pour la détermination de l'invalidité ont été correctement établis et que la comparaison de ces revenus entraîne une invalidité de 7,8%.

3.3. De son côté, dans son recours, le recourant, en alléguant que la décision sur opposition n'y avait pas répondu, se réfère en substance à l'opposition que son mandataire de l'époque avait déposée et dans laquelle il faisait principalement valoir que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'il était limité de façon notable dans l'exercice de son activité professionnelle. En particulier, l'assuré conteste le taux d'invalidité inférieur à 10% au motif que ce dernier ne serait pas en adéquation avec ses problèmes de santé et ses limitations de mouvement. L'intéressé se plaint de douleurs constantes et estime que son état de santé n'est pas stabilisé mais s'est au contraire aggravé. Dans le cadre de sa réplique (hormis ses griefs portant sur la perte de radiographies et l'annexe concernant la durée de la procédure; voir c. 1.2.2 et 1.2.3 ci-dessus), il confirme le contenu de son recours.

4.

D'un point de vue médical, il ressort du dossier les éléments suivants:

4.1 Le médecin traitant de l'assuré suite à l'accident du 7 février 1992 a posé le diagnostic de fracture de la clavicule droite et a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 8 février 1992 d'une durée de quatre semaines (dossier [dos.] intimée 1). Alors que le recourant se trouvait en situation de chômage, il a annoncé une rechute le 29 janvier 1998, mais a repris son travail de monteur en chauffage dès février 1998. Une nouvelle rechute a été communiquée, à nouveau par la caisse de chômage, en mai 2003 (dos. intimée 39). Dans ce cadre, le médecin traitant du recourant a diagnostiqué le 4 août 2003, un status après fracture disloquée de la clavicule droite datant de l'accident de février 1992 et a relevé que l'assuré ne pouvait pas reprendre une activité lourde (dos. intimée 48). Des mesures d'ordre professionnel ont été prises en charge par l'Office AI Berne dès fin août 2003 (dos. intimée 68, 61, 53) mais ont été interrompues dès novembre 2004 suite à des incapacités de travail intermittentes depuis la nouvelle rechute annoncée le 29 mars 2004 (dos. intimée 98 et 72). Le médecin traitant de l'assuré a relevé, dans son rapport du 10 janvier 2005, que l'évolution était de plus en plus marquée par des cervicalgies, des cervico-scapulalgies droites, des douleurs et des crampes de toute la ceinture scapulaire. Il a attesté une incapacité totale de travailler dès le 15 décembre 2004 (dos. intimée 92). Le thérapeute a par la suite indiqué que l'évolution était défavorable en raison de plaintes de l'assuré s'agissant des cervico-scapulalgies droites surtout, mais également gauches, avec un déficit sensitif intermittent et des fourmillements. Un dommage permanent en lien avec lesdits troubles était à craindre selon le médecin (dos. intimée 108).

4.2 Sur recommandations du médecin d'arrondissement de l'intimée, une expertise à réaliser à la clinique B. _____ a été ordonnée. Dans leur expertise du 16 janvier 2006, les experts de cette clinique ont diagnostiqué, avec une influence sur la capacité de travail et comme étant liés à l'accident de voiture de février 1992, un status après fracture de la clavicule droite du tiers moyen/latéral, une rupture de l'intervalle des rotateurs avec une rupture partielle des tendons sous-scapulaire et du supraspinatus

droits, une arthrose post-traumatique de l'articulation acromio-claviculaire droite, une subluxation post-traumatique de l'articulation sterno-claviculaire droite et un syndrome du défilé cervico-thoracique fonctionnel à droite. Sans influence sur la capacité de travail et sans lien avec l'accident précité, ils ont diagnostiqué une hernie discale médiane C4-C5 à droite, une hernie discale paramédiane C5-C6 gauche, un léger rétrécissement osseux du foramen intervertébral C6 des deux côtés et une légère instabilité segmentaire de la colonne cervicale C4-C5. Les experts ont relevé que les travaux nécessitant l'usage du bras droit ne pouvaient être effectués que sur une courte période (quelques minutes) par le recourant. Ce dernier ne pouvait porter ou soulever un poids maximum de 5 kilos que pendant 5 à 10 minutes et il était rapidement fatigué par les douleurs. Dans ces circonstances, les experts ne voyaient pas quelle activité pourrait être exigible du recourant. Ils ont chiffré le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10% (voir expertise not. ch. 2, 8.8 à 8.10).

4.3 Dans leur expertise du 13 septembre 2006, les spécialistes du COMAI ont diagnostiqué une arthrose de l'articulation acromioclaviculaire droite avec status après fracture de la clavicule droite (M19.1, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10, de l'Organisation mondiale de la santé, OMS). Des points de vue neurologique, neuro-psychiatrique et psychiatrique, les experts ont relevé qu'aucun trouble ayant valeur de maladie n'était décelé chez le recourant. Concernant la capacité de travail, ils ont indiqué que le recourant ne pouvait plus porter de charges lourdes au-dessus de la tête, ni sur l'épaule droite pendant une longue période et ont ainsi considéré que l'activité exercée précédemment par ce dernier n'était plus exigible de sa part. Les experts ont estimé que les douleurs à cette épaule existaient au moins depuis août 1997 et que l'intensité de ces dernières ne pouvait pas être expliquée objectivement. Selon eux, les douleurs précitées ne justifiaient pas les incapacités de travail attestées antérieurement et le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 13 septembre 2006 (date de leur expertise).

4.4 Dans leur expertise du 14 septembre 2009, les deux experts de l'hôpital universitaire ayant signé le rapport ont diagnostiqué, sur le plan

orthopédique, une cervicobrachialgie droite, un status après fracture du premier tiers moyen de la clavicule droite consolidée en cal vicieux, une atrophie acromioclaviculaire droite, une atrophie sternoclaviculaire droite débutante et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec atteinte de la face articulaire du tendon sous-épineux et atteinte de la partie haute du tendon sous-scapulaire. Selon les experts, le recourant présentait un tableau clinique douloureux diffus, complexe, non imputable totalement à la fracture de la clavicule et de ses complications. Ils ont précisé n'avoir ainsi aucune garantie de résultat après une prise en charge chirurgicale. Selon eux, des travaux lourds et des activités mobilisant l'épaule droite de l'intéressé au-dessus du buste, ainsi que des mouvements répétitifs pour celle-ci n'étaient plus exigibles. Dans une activité adaptée (par exemple, un travail léger, avec une activité au niveau de la ceinture), ce dernier conservait une pleine capacité de travail. Selon les experts, une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré était encore possible par le biais de traitements de physiothérapie avec notamment balnéothérapie et infiltrations cortisonnées, ces dernières aussi dans un but diagnostique.

4.5 A la suite d'un séjour de deux semaines dans un centre thermal, le médecin-chef de l'établissement a rendu un rapport du 1^{er} juillet 2010 dans lequel il a retenu un diagnostic d'un status après fracture de la clavicule droite avec douleurs séquellaires de l'hémi-ceinture droite. Le médecin a souligné une évolution peu favorable malgré le séjour dans l'établissement et ce, quel que soit le type de traitement effectué. Le médecin a relevé que la situation semblait être dominée par d'éventuels problèmes extralocomoteurs et que l'intéressé était connu pour un état dépressif. Selon l'expert, dans une activité adaptée, en-dessous du niveau des omoplates et sans port de charge important, la capacité de travail de l'assuré était conservée.

4.6 Sur conseil du médecin-chef du centre thermal susmentionné (c. 4.5) et du médecin d'arrondissement de l'intimée (dos. intimée 244), l'assuré a séjourné dans une clinique de réadaptation du 19 janvier au 9 février 2011. Dans leur rapport du 10 mars 2011, les médecins de la clinique ont relevé que le patient, initialement gaucher jusqu'à une fracture

de l'avant-bras gauche dans l'enfance, avait appris à écrire de la main droite. Ils ont diagnostiqué une fracture du tiers moyen de la clavicule droite, consolidée en position vicieuse avec raccourcissement de 1,5 cm suite à l'accident de 1992, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec atteinte de la face articulaire du supra-épineux et de la partie haute du sous-scapulaire à l'épaule droite et une arthropathie de l'épaule de l'articulation acromio-scapulaire droite. Les médecins ont retenu que la situation médicale était stabilisée. Selon les experts, le recourant présentait des limitations dans les activités nécessitant des travaux lourds, des travaux avec mobilisation du membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, et pour les activités nécessitant des mouvements répétitifs de l'épaule droite (le spécialiste en chirurgie orthopédique de ladite clinique mentionnait une limitation dans les activités nécessitant l'utilisation répétée prolongée de la main à l'horizontale). Dans une activité adaptée, ils ont estimé que la capacité de travail de l'intéressé était entière, en relevant, toutefois, qu'une reprise dans une telle activité s'annonçait difficile en raison de nombreux facteurs contextuels défavorables (long vécu douloureux, kinésiophobie, hypervigilance par rapport à la crainte de réveil de douleurs et de péjoration de son état, nouvelle identité d'homme au foyer, culturellement et socialement plus acceptable dans les conséquences de son invalidité que s'il s'agit d'un choix délibéré personnel, et de longues procédures assécurologiques et recours à plusieurs avocats). D'un point de vue psychique, les experts n'ont pas retenu de psychopathologie notoire, tout au plus un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte, anxieuse et dépressive, d'intensité légère qui semblait se stabiliser. En tenant compte du contexte défavorable, ils ont échelonné la récupération de la capacité de travail: 50% du 9 au 22 mars 2011 et 100% dès le 23 mars 2011.

4.7 Le psychiatre traitant du recourant (qui a indiqué le suivre depuis octobre 2009), dans son rapport du 16 mai 2011, a mentionné des douleurs cervicales et dorsales ainsi que des symptômes anxio-dépressifs (tristesse, baisse de la motivation et de l'estime de soi, sentiments d'inutilité, troubles du sommeil et perte de l'appétit). Il a relevé une aggravation de l'état psychique de l'assuré depuis l'évaluation de sa capacité de travail par la clinique de réhabilitation (voir c. 4.5). Le psychiatre a estimé que son

patient présentait des difficultés à s'intégrer dans un processus professionnel en raison de ses difficultés à gérer le stress et ses symptômes d'angoisse.

4.8 Dans ses courriers des 19 octobre et 12 novembre 2012, le chirurgien orthopédique et traumatologue, consulté dans le contexte de l'opposition à la décision du 16 janvier 2012 à l'initiative du recourant, a mentionné que ce dernier présentait un important raccourcissement de la clavicule droite, entraînant une malposition du squelette de la ceinture scapulaire droite, avec un avancement et un abaissement de l'épaule, entraînant des tensions ainsi qu'une mauvaise utilisation de la partie musculaire. Selon ce spécialiste, cette malposition entraînait forcément une gêne et des douleurs. Il a également diagnostiqué une importante arthrose entre l'acromion et la clavicule, responsable de douleurs déjà au repos. Selon lui, l'épaule droite du recourant n'était pour le moment pas fonctionnelle, mais une autre intervention (résection distale et une réparation de la coiffe) permettrait de réduire les douleurs et d'améliorer la capacité professionnelle de ce dernier. Vu la formation du recourant, il ne voyait pas quel travail celui-ci pourrait effectuer sans mettre à contribution son bras droit. Il a estimé que toute reconversion, dans l'état actuel, était vouée à l'échec vu l'importance des lésions dégénératives au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

4.9 Le médecin d'arrondissement de l'intimée a rendu un rapport du 6 décembre 2012 dans lequel il a confirmé que la situation médicale s'était stabilisée. Il a estimé que l'opération chirurgicale proposée par le chirurgien orthopédique et traumatologue (c. 4.8) était logique et serait la conséquence de l'accident initial. Il a considéré toutefois que ladite opération n'était pas exigible.

4.10 Le recourant a fait procéder à des investigations médicales supplémentaires par le biais d'un centre hospitalier universitaire auprès de différents services. Dans un rapport du 30 juin 2014, les médecins de la clinique de chirurgie orthopédique et traumatologie (consultations pour épaule, coude et sport) ont posé le diagnostic d'un raccourcissement important de la clavicule droite ainsi qu'une pathologie articulaire de la clavicule. Le 1^{er} octobre 2014, ces spécialistes ont rendu un rapport dans

lequel ils ont posé le diagnostic de cervico-brachialgie droite d'origine inconnue avec soupçon de syndrome du défilé thoracobrachial et un raccourcissement de 15 millimètres de la clavicule droite. Il ressort dudit rapport qu'une infiltration opérée le 6 août 2014 avait permis d'exclure que la pathologie articulaire de la clavicule était la cause des douleurs du recourant. Les experts ont recommandé un examen par leurs collègues en chirurgie de la main ou d'autres investigations par le biais d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Si après de telles analyses, aucune cause aux douleurs de l'assuré n'était trouvée, les médecins ont préconisé une opération chirurgicale visant à rallonger la clavicule. Dans un rapport du 8 novembre 2014, les médecins spécialisés en chirurgie de la colonne vertébrale ont posé le diagnostic de syndromes douloureux chroniques avec névralgie cervico-brachiale et douleurs thoraciques. La clinique pour l'anesthésiologie et la thérapie de la douleur, a quant à elle retenu, en date du 9 janvier et 13 février 2015, le diagnostic de status après fracture de la clavicule dans un mauvais alignement, douleurs neuropathiques ou syndrome de défilé thoracobrachial (diagnostic différentiel), compression radiculaire C6 droite, augmentation de la douleur, symptômes dépressifs, soupçon d'une acné induite par stéroïdes après l'infiltration de depo-medrol. Les médecins relèvent qu'après l'accident de 1992, un syndrome douloureux s'est développé dans toute la partie de l'épaule et du bras et que lesdites douleurs ont, partiellement, un caractère neuropathique. Selon les experts, la situation a provoqué une détresse psychologique et un suivi psychologique leur semble essentiel. Le 23 mars 2015, les médecins de la clinique de la chirurgie de la main de l'hôpital universitaire susmentionné ont posé le diagnostic d'épicondylite radiale droite avec tendino-vaginite du 3^{ème} doigt de la main droite, syndrome persistant/récurrent du canal carpien droit, cervico-brachialgie droite et fracture de la clavicule droite. Les médecins ont proposé une intervention chirurgicale visant à libérer le canal carpien.

4.11 Suite aux différents rapports de l'hôpital universitaire (voir c. 4.10), le médecin d'arrondissement de l'intimée, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a préconisé le 30 avril et 6 mai 2015 une série de neuf séances de physiothérapie à défaut de l'opération chirurgicale

proposée. En outre, l'expert a estimé que la prise en charge d'antalgiques banaux et de Lyrica était justifiée.

4.12 Les médecins de la clinique de la chirurgie de la main de l'hôpital universitaire susmentionnés (voir c. 4.10) ont revu l'assuré en date du 15 octobre 2015, tout comme les médecins de la clinique pour la chirurgie orthopédique et traumatologie (consultation épaule, coude et sport) le 3 novembre 2015. Ces derniers ont résumé les différents traitements effectués ou proposés (voir c. 4.10) et sont arrivés à la conclusion que la situation médicale complexe de l'assuré ne relevait pas d'une pathologie en lien avec l'épaule ou la clavicule droite mais pouvait bien plutôt être expliquée par l'existence d'une radiculopathie cervicale (dos. intimée 383).

4.13 Avec sa réplique, le recourant a déposé un certificat médical daté du 26 avril 2017, d'un médecin spécialiste en médecine générale, indiquant que le recourant présentait des séquelles d'un polytraumatisme suite à son accident de 1992.

4.14 Le recourant a également versé au dossier, avec sa réplique, une appréciation médicale d'un chef de clinique d'un centre hospitalier régional (datée du 31 mai 2017), département santé mentale, attestant d'un suivi régulier de l'assuré depuis janvier 2014. Dans son rapport, le médecin a rendu un diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F.32.11) chez une personnalité impulsive, troubles évoluant selon le spécialiste, depuis plusieurs années dans un contexte désécurisant pesant. Pour le spécialiste, l'incapacité de travail du recourant est totale du point de vue psychiatrique et ce, depuis le début de sa prise en charge en janvier 2014 par le centre hospitalier en question.

5.

La première question qu'il convient de résoudre est celle de savoir si l'état de santé du recourant pouvait être considéré, au 30 avril 2011 (terme mis aux indemnités journalières), comme stabilisé, permettant ainsi de passer à l'examen du droit à une rente d'invalidité.

5.1 La loi ne définit pas plus précisément la notion d'amélioration sensible de l'état de santé de la personne assurée au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (voir c. 2.3). Eu égard à la conception de l'assurance-accidents sociale centrée principalement sur les personnes exerçant une activité lucrative, on peut néanmoins en déduire qu'il s'agit de viser à l'augmentation ou au recouvrement de la capacité de travail, entravée à la suite de l'accident assuré, et que l'amélioration escomptée par la poursuite du traitement peut être évaluée par ce biais. A cet égard, l'utilisation par le législateur du terme "sensible" met en évidence que l'amélioration doit être notable. Une amélioration insignifiante ne suffit pas (ATF 134 V 109 c. 4.3; TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 c. 4 et les références citées; JTA LAA 2015/373 du 20 mai 2016 c. 3.1). Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 c. 4.3), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêt TF U 305/03 du 31 août 2004 et les références citées). La question d'une amélioration de l'état de santé à attendre doit être examinée seulement de façon prospective et non pas sur la base de constatations rétrospectives (JTA LAA 2015/373 du 20 mai 2016 c. 3.1 et les références citées).

5.2 En l'espèce, les experts de l'hôpital universitaire, en septembre 2009, en connaissance des résultats des expertises de janvier 2006 et septembre 2006 (voir c. 4.2 et 4.3), ont décrit un profil d'exigibilité selon lequel, en raison de la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite objectivement explicable du fait de la fracture de la clavicule et ses importantes complications, le recourant conservait une entière capacité de travail dans une activité adaptée, sans travaux lourds ou tâches mobilisant l'épaule droite au-dessus du buste et sans mouvements répétitifs pour celle-ci, (voir c. 4.4). L'assuré pouvait ainsi réaliser tous les travaux en position assise, debout, agenouillée ou accroupie, nécessitant des parcours de marche, ou s'effectuant au niveau de la ceinture. En revanche, il n'était plus apte à porter ou soulever des charges, monter sur une échelle ou manier des outils ou des objets, ainsi que monter et travailler les bras levés. Ce profil a été confirmé le 1^{er} juillet 2010 à l'issue d'une cure de balnéothérapie préconisée par les experts de la clinique universitaire en vue d'une possible amélioration de la situation (voir c. 4.5) et aussi au

terme du séjour organisé, début 2011, dans la clinique de réhabilitation (voir c. 4.6). C'est sur la base de ce profil minimal, ne s'étant pas amélioré mais toujours exigible, fixé à tout le moins depuis septembre 2009, en lien avec les seules suites objectivables de la fracture de la clavicule accidentelle et ses complications, que la Suva a mis un terme aux indemnités journalières à fin avril 2011 en se conformant au constat de stabilisation et à l'augmentation échelonnée de la capacité de travail préconisés par les médecins de la clinique de réadaptation. Le caractère probant des avis médicaux à la base de ce profil et du constat, prospectif, de sa stabilisation, établis en toute connaissance des avis médicaux antérieurs au dossier, comprenant de nombreux examens et tentatives de traitement du recourant, est convaincant.

5.3

5.3.1 Il est toutefois évident que ce profil d'exigibilité ne prend pas en considération la part de douleurs ressenties par le recourant que les constats objectifs des médecins somaticiens ne parviennent pas à expliquer, part qui est parfois en partie attribuée à des troubles psychiques, symptomatique déjà investiguée par le COMAI en 2006 et pour laquelle le recourant s'est fait traiter en tout cas depuis 2009 (dos. intimée 232). Dans la décision du 16 janvier 2016, la Suva a nié qu'un lien de causalité adéquate puisse être établi entre l'accident et de tels troubles psychiques, pour autant qu'ils aient valeur de maladie et qu'une relation de causalité naturelle existe. L'intimée a encore confirmé ses déterminations à ce sujet dans la décision sur opposition. Le recourant, dans son recours, dans lequel il prétend que la décision sur opposition ne fournit pas d'explication suffisante, allègue qu'il y a lieu de prendre l'ensemble de ses troubles en considération pour évaluer l'invalidité.

5.3.2 Même si l'on voulait admettre que les troubles psychiques diagnostiqués chez le recourant aient un caractère pathologique incapacitant (ce qu'a nié l'AI sur la base des avis médicaux spécialisés à sa disposition) et en laissant ouverte la question d'un lien (partiel) de causalité naturelle entre l'accident et ces troubles, il est manifeste qu'en analysant les circonstances de la présente cause à la lumière des critères jurisprudentiels s'appliquant aux affections psychiques additionnelles à une

atteinte à la santé physique (les critères devant être examinés en excluant les aspects psychiques; ATF 140 V 356 c. 5.1, 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6; SVR 2018 UV n° 21 c. 4.2, 2011 UV n° 10 c. 4.2.2), tout lien de causalité adéquate doit être nié. L'accident de voiture du 7 février 1992 (sortie de route en raison d'une plaque de glace) pourrait tout au plus être qualifié de moyen. Aucune circonstance concomitante particulièrement dramatique ou impressionnante n'a jamais été rapportée. La fracture claviculaire qui en est la conséquence ne revêtait pas une gravité ou une nature particulière susceptible d'engendrer, selon l'expérience, des conséquences psychiques. Rien n'indique qu'une erreur de traitement ait été commise. Le recourant a pu reprendre son travail un peu plus de trois mois après la date de l'accident. Le traitement médical a été par la suite repris en raison de la réapparition de douleurs physiques (dont une partie pouvait être mise en relation avec l'accident) plusieurs années après l'événement, la première rechute ayant été annoncée en 1997. Les rechutes et les complications qui s'en sont suivies sont survenues après l'engagement dans des emplois inadaptés qu'a continué de rechercher le recourant (et pas en tant que suites directes de l'accident) et ce, en dépit du fait que de telles activités lui avaient été déconseillées et qu'il avait même eu l'occasion de participer à des mesures de reclassement. On ne peut donc pas définir une situation dans laquelle les critères de la jurisprudence (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6c/aa) se cumuleraient ou revêtiraient une intensité telle qu'une causalité adéquate puisse être reconnue entre des troubles psychiques et l'accident d'origine. Le fait qu'après ses rechutes, le recourant n'a finalement plus retrouvé de travail adapté et rencontré des difficultés financières et de couple ne permet pas d'étayer une relation de causalité adéquate entre l'événement accidentel et les troubles psychologiques qu'il éprouve.

5.4 Il résulte de ce qui précède que, sous un angle prospectif, sur la base du profil d'exigibilité minimal (n'ayant pas pu être amélioré) fixé à tout le moins depuis septembre 2009 en lien avec les seules suites (physiques) objectivables de l'accident, il convient de reconnaître que l'intimée a entériné à juste titre la stabilisation constatée par la clinique de réhabilitation, et la récupération d'une capacité de travail totale dans une

activité adaptée, en mettant un terme aux indemnités journalières à fin avril 2011 (voir c. 5.2).

En faisant abstraction des éventuelles affections psychiques sans influence pour l'appréciation des suites de l'accident (c. 5.3), les documents médicaux fournis par le recourant dans l'intervalle n'ont pas permis de mettre en doute le profil d'exigibilité déjà défini de façon prospective précédemment. Le médecin d'arrondissement de l'intimé l'a confirmé le 30 décembre 2011 en connaissance d'une détérioration de l'état psychique dépressif et d'une nouvelle annonce d'incapacité de travail inhérente à des douleurs à l'épaule après un nouvel engagement comme monteur en chauffage (ne correspondant pas au profil d'exigibilité). Il est encore arrivé au même résultat le 6 décembre 2012 et, implicitement, le 30 avril 2015 alors qu'il s'est prononcé sur le traitement médical à prendre en charge pour maintenir la mobilité après étude des résultats des investigations entreprises par le recourant durant la procédure d'opposition. En effet l'intervention proposée par le chirurgien orthopédique consulté en 2012 par le recourant, à laquelle ce dernier ne s'est pas soumis et dont le médecin d'arrondissement de la Suva a estimé qu'elle n'était pas exigible, avait pour but d'améliorer le profil sur lequel la stabilisation était étayée (et n'influençait donc pas ce profil en soi). De plus, les examens multidisciplinaires pratiqués par le centre hospitalier universitaire qu'a fréquenté le recourant en 2014 et 2015, notamment l'infiltration de l'articulation scapulaire droite à but également diagnostique du 6 août 2014 et la CT de la ceinture scapulaire effectuée le 3 novembre 2015, ont mené les spécialistes de la consultation épaule, coude et sport à la conclusion que la situation douloureuse complexe ne pouvait pas s'expliquer par une pathologie de l'épaule et de la clavicule droites. Selon eux, elle résultait tout au plus, partiellement, d'une compression radiculaire cervicale C 5/6 mise en évidence en novembre 2014 (c. 4.12 et dos. intimée 372). On peut noter que l'expertise de janvier 2006 mentionnait déjà l'existence de deux hernies C4-C5 et C5-C6 ne causant, à cette époque, pas de compression radiculaire, sans influence sur la capacité de travail ni lien avec l'accident (c. 4.2).

C'est par conséquent à bon droit que la Suva a maintenu que l'état découlant de l'accident s'était stabilisé à tout le moins jusqu'au 30 avril 2011 et a confirmé le terme mis aux prestations de courte durée à cette date avec sa décision portant sur les prestations de longue durée du 16 janvier 2012 et sa décision sur opposition du 21 juillet 2017. Les prestations de traitement qu'elle a encore admises avec ces différents prononcés (prise en charge d'antidouleurs, d'infiltrations, de contrôles médicaux annuels, de séances de physiothérapie et d'acupuncture à bien plaisir en 2014 et d'évaluations médicales en 2014 [voir, hormis les décisions, notamment dos. intimée 370, 373, 389 et 391]) n'entrent pas en contradiction avec le constat de stabilisation. L'art. 21 LAA prévoit de telles prises en charge, qui seraient possibles même après la fixation d'une rente, ces prestations visant en particulier le maintien de l'état. Si une amélioration intervient, elle peut donner lieu à une procédure de révision; quant aux détériorations, elles peuvent faire l'objet d'une annonce de rechute ou de séquelles tardives.

6.

6.1 Dans la mesure où le taux de 10% de l'IPAI confirmé en mai 2011 et par la décision du 16 janvier 2012 n'est pas remis en question par une appréciation différente de celle de l'intimée concernant la stabilisation de l'état résultant de l'accident (c. 5.4), le recours doit être rejeté, à ce stade, concernant ce point. En effet, comme déjà rappelé au c. 1.1, le recourant n'articule aucun autre grief à l'encontre de l'IPAI et rien au dossier ne permet de supposer que l'évaluation de cette prestation serait incorrecte.

6.2 Il découle également de ce qui précède qu'en dépit des protestations du recourant qui le conteste, le profil d'exigibilité établi à tout le moins depuis l'expertise de septembre 2009 et confirmé à plusieurs reprises, notamment par le médecin-chef d'un centre thermal où le recourant a séjourné en 2010 et par l'appréciation émise par les médecins de la clinique de réadaptation en 2011, doit servir de base pour le calcul de l'invalidité. En effet, comme l'exposent les considérations qui précèdent, l'intimée ne doit assumer que la symptomatologie douloureuse de l'épaule

droite objectivement explicable du fait de la fracture de la clavicule et ses complications. Elle n'a pas à répondre des conséquences d'éventuels troubles psychologiques ou psychiques, ni du reste, des douleurs que peut provoquer la pathologie radiculaire cervicale mise en évidence en 2014. Les constatations du rapport de l'atelier professionnel de la clinique de réadaptation, que le recourant invoque dans son recours en prétendant qu'il n'a pas été répondu aux arguments de son opposition, n'y changent rien (dos. intimée 268). Si ce rapport mentionne que l'employabilité de l'assuré paraît sujette à caution, il précise aussi que cela est dû à l'assuré qui met en échec toutes les activités demandées ou adopte un comportement plaintif. De telles observations professionnelles d'une attitude subjective ne sauraient l'emporter sur des évaluations médicales. L'appréciation médicale du chirurgien orthopédique et traumatologique du 12 novembre 2012, quant à elle, se limite à indiquer que son auteur ne voit pas quel travail ce patient pourrait effectuer sans mettre à contribution son bras droit, au vu de sa formation et en estimant qu'une reconversion est vouée à l'échec (dos. intimée 327). Ce praticien, qui veut ainsi étayer une proposition chirurgicale, n'explique en rien pourquoi il estime, à l'encontre de ses collègues, qui ont régulièrement constaté qu'il n'existait pas d'atrophie musculaire scapulaire à droite (voir par ex. dos. intimée 268 p. 2), que le bras droit, du reste pas véritablement dominant (voir c. 4.6), ne pouvait plus être du tout utilisé. Il convient donc de tabler, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6; TF 8C_867/2017 du 20 septembre 2018 [destiné à la publication] c. 3.2) sur le profil retenu par l'intimée, à savoir une entière capacité de travail résiduelle qui peut être exploitée sur le marché du travail dans une activité adaptée, sans travaux lourds ou tâches mobilisant l'épaule droite au-dessus du buste et sans mouvements répétitifs pour celle-ci (voir c. 5.2). Des investigations médicales supplémentaires sont superflues (appréciation anticipée des preuves: ATF 136 I 229 c. 5.3).

7.

7.1 Reste à évaluer le taux d'invalidité. Il convient d'effectuer le calcul sur la base de données valables en 2011 puisque la stabilisation des séquelles accidentelles a été arrêtée au 30 avril de cette année-là.

7.2 D'emblée, il y a lieu de rappeler que la Suva n'est pas liée par l'évaluation du taux d'invalidité effectuée dans la procédure AI, à savoir un taux de 22% justifiant la décision du 17 octobre 2012 de refus de rente AI (voir c. A; ATF 133 V 549 c. 6). En l'occurrence, il faut d'abord relever que, même si le profil d'exigibilité retenu dans les deux cas est sensiblement le même, le calcul de l'Office AI se fonde sur l'année 2003 et celui de la Suva sur 2011. Dans son calcul, puisqu'il aboutissait de toute façon à un résultat nettement au-dessous des 40% ouvrant le droit à une rente AI, l'Office AI a essentiellement voulu démontrer que même en choisissant les données les plus favorables possibles à l'assuré, pas nécessairement justifiées (par exemple: relativement haut revenu sans invalidité fondé sur un salaire réalisé pendant seulement trois mois en 2002, abattement de 15% sur le revenu avec invalidité pourtant déjà basé sur des données statistiques bien inférieures au salaire encore obtenu récemment avec les handicaps), le seuil d'octroi n'était de toute façon pas atteint. Il n'a pas calculé l'invalidité aussi précisément qu'il l'aurait fait si une rente était entrée en considération. Le Tribunal dans son jugement, comme ce point n'avait pas de conséquence sur le dispositif, s'est contenté d'une vérification sommaire du calcul (de laquelle résultait un taux légèrement plus bas que celui figurant dans la décision de refus [19%]), sans toutefois remettre en cause les données de base choisies par l'Office AI.

7.3 La Suva définit en l'espèce le revenu hypothétique sans invalidité en se référant au salaire réalisé auprès d'une entreprise de maintenance en installations de climatisation et sanitaires pour laquelle le recourant a travaillé entre 2000 et 2002 (dos. intimée 152, 153). Selon les informations données par ladite entreprise, le revenu versé en 2002 s'élevait à Fr. 4'400.- versé 13 fois l'an (dos. intimée 253 et 290), soit un montant annuel de Fr. 57'200.-. L'intimée indexe ce montant à 2011 et retient un revenu annuel de Fr. 64'241.-, favorable à l'assuré puisque l'entreprise susmentionnée a indiqué que le salaire, si l'assuré avait continué de

travailler chez elle, n'aurait pas évolué (dos. intimée 290; indexation selon la table T39 [éditée par l'OFS, www.bfs.admin.ch], Indice des salaires nominaux, hommes: valeur 2002: 1933 et 2011: 2171). Le choix de ce salaire de référence, réalisé après la survenance de l'accident et de deux rechutes peut prêter à discussion (la jurisprudence se fonde en général sur le dernier revenu réalisé avant l'atteinte à la santé; ATF 129 V 222 c. 4.3.1 et la référence). Ce choix peut cependant se justifier par le fait qu'il se rapporte à un engagement plus stable que les engagements postérieurs, notamment celui choisi par l'AI, quand bien même le salaire versé pour cet emploi de trois mois a-t-il pu servir de base du calcul d'indemnités journalières (notions différentes de capacité de travail, se référant au dernier emploi occupé, et d'invalidité, prenant en considération une incapacité de gain à long terme; voir c. 2.4). En outre, le revenu indexé qui en découle est plus élevé que celui que le dernier employeur qui a employé le recourant avant son accident aurait versé en 2011 (13 x Fr. 4'316.- [Fr. 56'108.- par an]; dos. intimée 363). Le revenu retenu se situe aussi dans la fourchette des salaires de comparaison que trois autres entreprises de la branche ont indiqués à l'intimée (13 x Fr. 4'200.- à Fr 4'500.- [au maximum Fr. 58'500.- par an]; 13 x Fr 5'350.- [Fr. 69'550.-] et salaire horaire de Fr. 25,38, majoré de 8,33%, pour 173,33 heures par mois [61'952.- par an]; dos. intimée 360-362).

7.4

7.4.1 Quant au revenu avec invalidité, comme mentionné plus haut, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (voir c. 2.4.2). En l'espèce, l'intimée se fonde sur des DPT (dos. intimée 330b; voir c. 2.4.2). Le fait que la Suva, à partir du 1^{er} janvier 2019, n'entretiendra plus, pour des raisons de coûts, la banque des données DPT n'a aucune influence sur la situation ici en cause, qui remonte à 2011.

La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles

objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la Suva n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT en cas de litige (ATF 139 V 592 c. 6.3, 129 V 472 c. 4.2.2). En application du système fondé sur les DPT, qui consiste à déterminer les activités adaptées concrètes en fonction de l'évaluation d'exigibilité médicale annexée aux DPT, les abattements ne sont en principe pas justifiés. Il n'y a lieu de procéder à des abattements que si les limitations en matière de rendement ou de temps sont fondées sur le plan médical. Les restrictions spécifiques relatives à la capacité de travail sont du reste prises en compte dans le cadre du choix d'un profil de DPT adapté. Concernant les différentes caractéristiques personnelles et professionnelles (travail à temps partiel, âge, nombre d'années de service, statut de séjour), qui pourraient conduire à un abattement dans le cadre de l'application de l'ESS, les DPT mentionnent, en règle générale, non seulement un salaire moyen, mais également un minimum et un maximum, dans le cadre desquels les circonstances spécifiques du cas d'espèce peuvent être prises en compte (ATF 139 V 592 c. 7.3).

7.4.2 En l'espèce, le dossier de DPT est conforme aux exigences légales et n'a d'ailleurs pas été contesté par le recourant. Les cinq DPT spécifiques se rapportent à des emplois légers d'opérateur en mécanique ou en horlogerie, ne nécessitant pas de formation spécialisée, permettant l'introduction de pauses et respectant les limitations scapulaires du recourant (charge et mouvements). De plus, l'argument du recourant, qui figurait dans son complément d'opposition du 4 février 2013, selon lequel, par comparaison avec l'abattement auquel avait procédé l'Office AI, l'intimée aurait omis de prendre en compte une baisse de rendement tombe à faux. Comme indiqué plus haut, en application du système fondé sur les DPT, des abattements, notamment en considération de perte de rendement, ne sont en principe pas justifiés. Aucune limitation médicale autre que celles déjà comprises dans les profils des emplois recensés par les DPT choisies susceptible de justifier un abattement ne ressort du dossier. En outre, la Suva s'est référée au salaire moyen (Fr. 59'210.-), et non maximum, des cinq postes en question, le salaire moyen du champ statistique de 283 DPT s'élevant lui à Fr. 55'022.-.

7.4.3 Il ressort de ce qui précède que la comparaison entre les revenus sans invalidité de Fr. 64'243.- et avec invalidité de Fr. 59'210.- conduit à une perte de gain de Fr 5'033.-, soit un degré d'invalidité de 7.8% (Fr. 5'033.- x 100 : Fr. 64'243.- = 7.8% [arrondi à 8%; ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3]). On peut relever que le revenu avec invalidité de Fr. 59'210.- correspond à peu près au revenu mensuel brut (valeur centrale) qu'on déduit de la rubrique "total", hommes, niveau 4 (correspondant à des activités simples et répétitives ne requérant pas de connaissances professionnelles spécialisées) de la table TA1 de l'ESS 2010 (Fr. 4'901.- x 12 = Fr. 58'812) indexé (T39: valeur 2010: 2'150 et valeur 2011: 2'171) et adapté à la durée normale du travail dans les entreprises de 41,7 heures en 2011 (la TA1 est fondée sur un horaire standardisé de 40 heures par semaines), avec un abattement de 5%, à savoir Fr. 58'815.- (Fr. 58'812.- x 2'171 / 2'150 x 41,7 / 40 x 0,95; toutes ces statistique sont consultables en ligne à partir du site internet de l'OFS; pour un exemple de calcul du revenu hypothétique sur des bases statistiques: ATF 143 V 295 c. 3.5, 134 V 322 c. 5.2 [abattement]). Un revenu avec invalidité de Fr. 58'815.- débouche sur une invalidité de 8,4% (arrondi à 8% [ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3]).

Le résultat auquel l'intimée est parvenue, soit un degré d'invalidité de 8%, inférieur au seuil de 10% ouvrant le droit à une rente (voir c. 2.4), doit donc être confirmé.

8

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

8.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

8.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée, car l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).