

200.2020.495.LAA  
N° AVS  
BCE

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

**Jugement du 25 juin 2021**

Droit des assurances sociales

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

**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Suva**  
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents  
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne  
intimée

relatif à une décision sur opposition du 25 mai 2020



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1969, marié, père de deux enfants majeurs a travaillé en dernier lieu à 100% en qualité d'ouvrier de construction pour une entreprise de location de service (contrat de mission résilié le 12 juillet pour le 21 juillet 2017). A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: Suva ou l'intimée) contre les suites d'accidents professionnels et non professionnels. Par déclaration de sinistre datée du 11 août 2017, l'ancien employeur de l'assuré a informé la Suva que ce dernier avait subi un accident professionnel le 3 juillet 2017, à savoir qu'il s'était blessé à l'épaule en voulant se protéger d'une brouette qui lui était tombée dessus lors d'une chute d'un échafaudage. Une incapacité de travail à 100% a été attestée dès le 8 août 2017 et par courrier du 18 août 2017, la Suva a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de l'accident professionnel et qu'elle lui accordait le droit à l'indemnité-journalière (IJ). L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes datée du 14 avril 2018.

Après avoir demandé à l'intéressé des précisions quant au déroulement de l'événement du 3 juillet 2017 et obtenu différents rapports médicaux, notamment celui d'une clinique de réadaptation dans laquelle l'assuré a séjourné du 15 janvier au 19 février 2019, la Suva a soumis le cas à son médecin d'arrondissement le 1<sup>er</sup> octobre 2019. Le 15 novembre 2019, l'Office AI Berne a rendu une préorientation dans laquelle il a octroyé une rente limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 31 décembre 2019, puis, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 a nié tout droit à une rente d'invalidité (compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40%).

**B.**

En suivant l'avis de son médecin d'arrondissement, la Suva a estimé que l'état de santé de l'intéressé était stabilisé et a informé ce dernier le

16 décembre 2019 qu'elle mettait fin aux IJ avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Par décision du 20 janvier 2020, l'intimée a nié tout droit de l'assuré à une rente d'invalidité (compte tenu de l'absence de perte de gain) et octroyé à celui-ci une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de Fr. 29'640.- d'un taux de 20%. Nonobstant l'opposition déposée par l'assuré, représenté par un syndicat, le 20 février 2020 (complétée le 26 mars 2020), la Suva a confirmé le contenu de sa décision par décision sur opposition du 25 mai 2020. Dans un courrier du 27 mai 2020, la Suva a rectifié une erreur qualifiée de "manifeste" du considérant 11.2 de sa décision sur opposition qui, à l'origine, aboutissait à une perte de gain arrondie de -2% et non 2% (revenu hypothétique d'assuré invalide plus haut que le salaire indexé versé par l'ancien employeur), rectification qui n'avait aucune incidence sur le dispositif et sur le délai de recours.

### **C.**

Représenté par un mandataire professionnel, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) le 25 juin 2020 en concluant à l'annulation de la décision sur opposition des 25 et 27 mai 2020, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 16% et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Après avoir obtenu l'accord de la juge instructrice dans ce sens (ordonnance des 26 juin, 3 et 29 juillet ainsi que 14 août 2020), le recourant a complété son recours les 1<sup>er</sup> juillet et 13 octobre 2020 en déposant des rapports médicaux datés des 11 mai et 6 octobre 2020. Le 13 novembre 2020, la Suva a déposé son mémoire de réponse en concluant au rejet du recours. Les parties ont encore répliqué et dupliqué les 26 décembre 2020 et 18 janvier 2021. Sur demande de la juge instructrice, l'Office AI Berne a transmis au TA son dossier le 20 janvier 2021 et les parties ont renoncé à se prononcer sur celui-ci. Le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires au tribunal le 19 février 2020.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 25 mai 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette l'opposition formulée à l'encontre de la décision du 20 janvier 2020, confirmant ainsi le refus du droit du recourant à une rente d'invalidité et l'octroi d'une IPAI de 20%. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et le versement d'une rente d'invalidité d'au moins 16% et, subsidiairement, au renvoi à la Suva pour instruction médicale complémentaire. Sont en particulier litigieuses les questions de la stabilisation de l'état de santé du recourant, l'appréciation d'absence de causalité adéquate entre l'événement du 3 juillet 2017 et les troubles psychiques de l'assuré, de même que l'absence de prise en compte d'un abattement dans le calcul du taux d'invalidité. D'emblée, il convient de constater que même si ni l'opposition, ni le recours n'abordent cette question, au vu des griefs soulevés au sujet de la rente, en particulier la contestation de la clôture du cas ainsi que celle de la causalité adéquate entre l'événement du 3 juillet 2017 et les troubles psychiques allégués, on ne peut pas exclure que l'issue du recours concernant à première vue seulement le droit à la rente puisse avoir aussi des répercussions sur la quotité de l'IPAI (voir art. 24 al. 2 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]; voir aussi: 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). La fixation de l'IPAI ne pouvait donc pas être exclue de l'objet de la contestation déjà dans la décision sur opposition (à son c. 1) et ne le peut pas non plus dans la présente procédure de recours.

**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 et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] qui s'applique

par renvoi de l'art. 1 LAA art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**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 sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPG; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** 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). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

**2.2** L'assureur-accidents doit clore le cas d'assurance en cessant la prise en charge du traitement médical ainsi que le versement d'une IJ et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI 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 (art. 19 al. 1 LAA; ATF 143 V 148 c. 3.1.1, 137 V 199 c. 2.1). L'amélioration de l'état de l'assuré doit être examinée notamment d'après l'augmentation ou le rétablissement prévisible de la capacité de travail, dans la mesure où cette dernière est entravée en raison de l'accident assuré. Dans ce contexte, la poursuite envisagée du traitement doit permettre d'escompter une amélioration notable; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 c. 4.3). Cette question doit être examinée sous un angle prospectif (SVR 2010 UV n° 3 c. 8.2; sur ces questions, voir SVR 2020 UV n° 24 c. 5.2).

**2.3** Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA (art. 18 al. 2 LAA).

**2.4** 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 dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020, voir art. 83 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).

**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; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Dans sa décision sur opposition contestée, la Suva, après avoir qualifié l'événement accidentel du 3 juillet 2017 de moyennement grave et examiné les différents critères topiques en la matière, a constaté l'absence de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique alléguée par le recourant. Elle s'est ensuite fondée sur le rapport médical de son médecin d'arrondissement du 1<sup>er</sup> octobre 2019, qu'elle a jugé pleinement probant, pour considérer que la situation médicale de l'assuré était stabilisée au vu de l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'améliorer de manière significative l'état de l'épaule gauche de l'assuré. Par ailleurs la Suva s'est ralliée à l'opinion de son médecin d'arrondissement pour admettre que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles fixées. Sur cette base, et après avoir procédé au calcul y relatif, elle a refusé une rente d'invalidité au vu de l'absence de perte de gain constatée. Dans son mémoire de réponse du 13 novembre 2020, la Suva a en substance maintenu ses arguments et encore précisé que les limitations fonctionnelles fixées par le médecin d'arrondissement ne justifiaient pas la prise en compte d'un abattement et ce, quand bien même l'Office AI Berne en a retenu un. Par sa réplique du 18 janvier 2021, la Suva a encore souligné qu'elle avait pris en charge l'intervention à l'épaule du recourant, en novembre 2020, à titre de rechute.

**3.2** Par son recours, l'intéressé conteste tout d'abord l'appréciation de la Suva selon laquelle son état de santé serait stabilisé et fait principalement valoir qu'une nouvelle opération de l'épaule est envisagée. Est également reproché à l'intimée, le fait de n'avoir pas tenu compte des limitations fonctionnelles et de n'avoir pas réduit le revenu d'invalidité en conséquence. Il estime ainsi qu'un taux d'abattement d'au moins 15% aurait dû lui être reconnu par la Suva (notamment en raison du fait qu'un tel taux d'abattement a été reconnu par l'Office AI Berne). Par ailleurs, l'assuré déplore que l'intimée n'ait pas pris en compte dans le profil d'exigibilité les atteintes psychiques à sa santé en lien de causalité avec l'accident de gravité moyenne. Dans son mémoire de réplique du 26 décembre 2020, le recourant a confirmé son recours et relevé que l'opération de l'épaule

s'était déroulée en novembre 2020. De l'avis du recourant, dans la mesure où ladite opération a permis d'améliorer son état de santé, celui-ci n'était pas stabilisé au jour de la décision sur opposition contestée.

#### **4.**

**4.1** Il ressort de la déclaration de sinistre du 11 août 2017 qu'en date du 3 juillet 2017, l'assuré se trouvait sur un échafaudage avec une brouette de mortier lorsque la planche sur laquelle il se trouvait a cédé. Il a ainsi chuté et s'est protégé avec son bras gauche de la brouette qui est également tombée. L'intéressé n'a consulté son médecin qu'à son retour de vacances, lequel l'a mis en arrêt maladie à 100% dès le 8 août 2017 (dossier [dos.] Suva 1/2 et 5).

**4.2** Après avoir fait l'objet d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) le 14 août 2017 (dos. Suva 33/1), l'assuré a été vu en consultation par un spécialiste en orthopédie (spécialiste traitant) d'un hôpital régional le 20 septembre 2017. Celui-ci a procédé le même jour à une infiltration intra-articulaire de l'épaule gauche en sous-acromial. Du rapport y relatif du 21 septembre 2017, il ressort les diagnostics de tendinite du long-chef du biceps gauche, déchirure partielle du tendon du supra-épineux gauche, arthrose acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale (dos. Suva 19/1). Le même médecin a revu en consultation son patient le 27 novembre 2017, a constaté une mobilité limitée de l'épaule gauche et a recommandé un suivi de physiothérapie (dos. Suva 31/1). En raison d'une persistance de la douleur et d'une mobilité de l'épaule toujours limitée, le spécialiste traitant a préconisé une opération visant une ténodèse du long-chef du biceps et la suture du supra-épineux et acromioplastie qui s'est déroulée le 9 février 2018 (dos. Suva 43/1).

**4.3** A la suite de l'intervention susmentionnée (voir c. 4.2 ci-dessus *in fine*), le spécialiste en orthopédie a suivi son patient. Des rapports de consultation des 22 mars, 7 mai, 3 juillet, 23 septembre 2018, 13 décembre 2018 et 10 janvier 2019, il ressort une persistance des douleurs et une diminution de la mobilité de l'épaule gauche (dos. Suva 57/1, 58/1, 62/1, 67/2, 92/2 et 94/2) et ce, malgré une nouvelle infiltration en mai 2018. Une

incapacité de travail de 100% a été attestée par le médecin jusqu'en février 2019 (dos. Suva 53/2, 60/2, 66/2, 84/2, 93/2).

**4.4** Suite à l'absence d'évolution favorable constatée par les spécialistes en orthopédie, le médecin d'arrondissement de l'intimée a préconisé un séjour en clinique de réadaptation. Du rapport de sortie y relatif daté du 6 mars 2019 (séjour du 15 janvier au 19 février 2019) il ressort le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles persistantes de l'épaule gauche (dos. Suva 102/2). A titre de diagnostics supplémentaires ont été mentionnés une capsulite rétractile de l'épaule gauche, tendinopathie du long-chef du biceps gauche, rupture partielle du tendon du supra-épineux gauche, arthrose acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale sur l'IRM du 14 août 2017, lipome d'allure simple du versant supérieur de l'épaule gauche selon échographie 18 janvier 2019, sensations vertigineuses avec une équilibration perturbée en lien avec un déficit de recrutement somesthésique, vestibulaire et dépendance visuelle et un trouble de l'oculomotricité (en convergence). Les médecins du centre de réadaptation ont mis en évidence les limitations fonctionnelles suivantes par rapport à l'épaule gauche: les activités avec mouvements répétitifs et/ou prolongés avec le membre supérieur gauche en porte à faux ou au-dessus du plan des épaules, les ports de charge au-delà de 10 à 15 kg de manière prolongée et/ou répétitive ainsi que les travaux de force avec le membre supérieur gauche. Les spécialistes ont jugé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'ouvrier de la construction était défavorable mais qu'en respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, le pronostic était favorable s'agissant d'une activité adaptée et que la capacité de travail était entière. Ils ont toutefois souligné que l'interférence de facteurs non médicaux pourrait ralentir le processus de réinsertion (dos. Suva 102/6). A ce rapport de sortie ont également été annexés un rapport relatif à la réadaptation de l'appareil locomoteur (dos. Suva 102/8), des rapports relatifs à l'atelier professionnel auquel le recourant a participé durant son séjour (dos. Suva 102/10), des résultats d'échographie de l'épaule gauche du 18 janvier 2019 (dos. Suva 102/15) ainsi qu'une appréciation médicale relative à une consultation orthopédique (dos. Suva 102/16).

**4.5** A la sortie de la clinique de réadaptation, l'assuré a été vu en consultation par son orthopédiste traitant qui, dans un écrit du 27 mars 2019 a mentionné la persistance des douleurs chez son patient sans amélioration notable durant le séjour à la clinique. De l'avis du praticien, les plaintes du recourant doivent être mises sur le compte d'une faiblesse musculaire du muscle trapèze puisque l'examen IRM n'a pas permis de trouver une cause mécanique à celles-ci. Le spécialiste a proposé une prise en charge par un spécialiste de la douleur (dos. Suva 114/2). En mai 2019, il a noté une légère diminution des plaintes et a recommandé un examen par le médecin d'arrondissement (dos. Suva 117/2). Il a en outre attesté d'une incapacité de travail à 100% jusqu'au 31 mai 2019 (dos. Suva 115/2). Le même spécialiste traitant a constaté, en juillet 2019, que le recourant avait refusé une thérapie de la douleur et a indiqué qu'une thérapie intense était nécessaire pour mobiliser l'épaule (dos. Suva 128/2).

**4.6** Dans son rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2019, le médecin d'arrondissement a retenu les diagnostics de déchirure partielle transfixiante des fibres antérieures du tendon du sus-épineux à l'épaule gauche, épaule gelée, infiltration sub-acromiale et intra articulaire le 21 septembre 2017, ténodèse du long chef du biceps, suture du tendon du muscle supra-épineux gauche et acro-mioplastie modifiée le 9 février 2018, persistance de douleurs à l'épaule gauche et rupture partielle du tendon du supra épineux, de même que lésion SLAP selon arthro-IRM de l'épaule gauche du 9 janvier 2019 (dos. Suva 141/6). A titre de limitations fonctionnelles, le médecin conseil a retenu que l'assuré était en mesure d'exercer une activité à plein temps pour autant que celle-ci ne nécessite pas de mouvement répétitif et/ou prolongé avec le muscle gauche en porte-à-faux ou au-dessus du plan des épaules, et que le port de charges au-delà de 10 à 15 kg de manière prolongée et/ou répétitive en bimanuelle, de même que les travaux de force avec le membre supérieur gauche soient évités (dos. Suva 141/8). Dans un rapport complémentaire du 10 novembre 2020, le médecin d'arrondissement s'est prononcé sur les rapports médicaux produits par le recourant en cours de procédure devant le TA et a en substance maintenu son précédent rapport (dos. Suva 247/1). Il a en effet confirmé que la situation clinique n'évoluait pas depuis l'évaluation de février 2018 et que les rapports médicaux déposés n'apportaient aucun élément nouveau mais

se limitaient à interpréter différemment des éléments connus (dos. Suva 247/2).

**4.7** Il ressort de rapports de consultation des 17 octobre, 19 décembre 2019 et 11 mai 2020 de l'orthopédiste traitant du recourant une persistance des douleurs chez l'assuré. D'après le médecin, les plaintes du patient semblent être causées par une tension musculaire avec une possible bursite subacromiale. Le praticien a réitéré sa recommandation d'être suivi par un spécialiste de la douleur (dos. Suva 153/3 et 169/2), de même que par un physiothérapeute (dos. Suva 234/2). Une incapacité de travail à 100% a été prolongée jusqu'en juin 2020 (dos. Suva 168/2 et 210/2). Par ailleurs, l'orthopédiste traitant a préconisé une infiltration de même que l'utilisation d'un appareil stimulateur électrique transcutané (dos. Suva 185/2).

## **5.**

**5.1** Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport médical du médecin d'arrondissement daté du 1<sup>er</sup> octobre 2019 sur lequel s'est fondée l'intimée pour clore le cas et refuser le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

**5.2** La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**5.3** Le rapport médical du 1<sup>er</sup> octobre 2019 a été élaboré sur la base d'un examen personnel du recourant ainsi que sur l'étude du dossier médico-asséurologique. Le médecin d'arrondissement, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute (spécialiste en médecine interne générale), a pris en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier ainsi que les déclarations spontanées de l'assuré, de même que les plaintes et symptômes présentés par celui-ci et a intégré à son rapport le résultat des examens qu'il a lui-même réalisés (en présence d'une traductrice), démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de ce spécialiste sont détaillées et motivées. Par conséquent, d'un point de vue purement formel, le rapport daté du 1<sup>er</sup> octobre 2019 du médecin d'arrondissement sur lequel s'est notamment fondée l'intimée pour rendre la décision sur opposition contestée, n'est pas critiquable.

**5.4** Matériellement, le rapport médical du 1<sup>er</sup> octobre 2019 convainc tant dans sa motivation que dans ses conclusions. En effet, l'appréciation du médecin d'arrondissement découle d'une analyse méticuleuse des différents éléments au dossier, notamment des déclarations de l'assuré, des avis médicaux antérieurs ainsi que d'une étude de l'imagerie. A cet égard et comme l'a mis en évidence ce médecin, ni le spécialiste en chirurgie orthopédique de la clinique de réadaptation, ni l'orthopédiste traitant n'avaient à l'époque envisagé de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale sur l'épaule gauche de l'assuré. Il ressortait en effet d'un rapport du 1<sup>er</sup> février 2019 du spécialiste en chirurgie orthopédique de la clinique de réadaptation qu'aucun geste chirurgical n'était à recommander. Ce spécialiste avait en revanche particulièrement insisté sur une poursuite de la physiothérapie et de la mobilisation (dos. Suva 102/17). En ce sens, l'avis de l'orthopédiste traitant rejoint celui du spécialiste de la clinique de réadaptation puisqu'il ressort des nombreux rapports de consultation de ce premier médecin, la recommandation de poursuivre sérieusement et intensivement le traitement de physiothérapie et de mobilisation de l'épaule (voir notamment dos. Suva 57/1, 58/1, 62/1, 67/2, 92/3, 128/2). Fort de ces solides informations, c'est de façon cohérente que le médecin d'arrondissement, en soulignant que l'assuré lui-même signalait l'absence d'évolution depuis de nombreux mois, a

considéré que la situation médicale de l'assuré était stabilisée. Il a encore confirmé son avis après avoir pris connaissance des rapports médicaux déposés par le recourant en cours de procédure de recours (dos. Suva 247/2). Certes, le spécialiste en chirurgie orthopédique de la clinique de réadaptation dans laquelle l'assuré a séjourné en janvier et février 2019 avait observé que la situation n'était pas stabilisée dans son rapport de mars 2019. Toutefois l'examen par le médecin d'arrondissement s'est déroulé plus de six mois plus tard, alors même qu'aucune amélioration n'avait été mise en avant par l'orthopédiste traitant durant ce laps de temps. Quant aux douleurs ressenties par le recourant, celles-ci ont bien été prises en compte par le médecin d'arrondissement de la Suva. A ce titre, les médecins s'accordent à reconnaître la présence de douleurs, toutefois l'origine de celles-ci reste incertaine. L'orthopédiste du centre de réadaptation a considéré que les plaintes de l'assuré pouvaient s'expliquer par les lésions objectives constatées pendant le séjour (dos. Suva 102/6). Si les plaintes du recourant ont été mises sur le compte d'une faiblesse du muscle trapèze par le spécialiste en orthopédie traitant, celui-ci a précisé que l'examen IRM n'avait pas permis de trouver une raison mécanique aux plaintes du recourant (dos. Suva 114/2). En mai 2020, le même praticien a considéré que les douleurs étaient provoquées par une tension musculaire avec une possible bursite subacromiale (dos. Suva 234/1). C'est ainsi malgré le constat de douleurs encore présentes que le médecin d'arrondissement a conclu à une stabilisation de l'état de santé. Il n'existe donc pas de contradiction entre les médecins consultés sur l'existence des douleurs et celles-ci ont été prises en compte par le médecin d'arrondissement dans son appréciation médicale. Par ailleurs, on ne constate pas non plus de divergences importantes entre les rapports médicaux pour ce qui concerne les diagnostics posés. Partant, la discussion et les explications du médecin d'arrondissement relatives à la stabilisation de l'état de santé du recourant, à un niveau certes pas optimal, sont cohérentes et confirment en tous points les appréciations médicales des différents professionnels de la santé ayant pris en charge l'assuré jusqu'au jour de la décision sur opposition contestée.

**5.5** Quant aux considérations relatives à la capacité de travail et les activités raisonnablement exigibles émises par le médecin d'arrondissement, à savoir une capacité entière dans une activité adaptée (voir c. 4.6 ci-dessus), force est d'admettre qu'elles tiennent compte des limitations fonctionnelles constatées lors de l'entretien personnel avec le recourant, pendant lequel le médecin a mis en avant une mobilité articulaire de l'épaule gauche diminuée dans tous les plans, ainsi qu'une coiffe des rotateurs fonctionnelle (dos. Suva 141/7). En outre, les conclusions du médecin d'arrondissement s'agissant de la capacité de travail sont d'autant plus convaincantes qu'elles sont corroborées par le spécialiste en orthopédie de la clinique de réadaptation lequel a dressé un profil d'exigibilité identique (dos. Suva 102/6) et a également admis que dans une telle activité adaptée, la capacité de travail était entière. Les différents certificats attestant d'une incapacité de travail totale de l'orthopédiste traitant (notamment dos. Suva 53/2, 60/2, 66/2, 84/2, 93/2, 168/2 et 210/2) ne sont d'aucun secours au recourant. D'une part, le spécialiste n'a pas précisé si ladite incapacité se rapportait à l'ancienne activité du recourant ou à une activité raisonnablement exigible (qu'il n'aurait dans ce cas pas décrite) et n'a en aucune manière motivé son raisonnement. Pour les mêmes raisons, le généraliste traitant qui a également remis au recourant des certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travail (voir notamment dos. Suva 140/2) ne parvient pas non plus à convaincre pour les mêmes raisons. Quant au reproche du recourant selon lequel l'intimée n'aurait pas complété le dossier de la cause avec les rapports de deux médecins dont la consultation a été recommandée par l'orthopédiste traitant (dos. Suva 193/2), il tombe à faux. En effet, sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement et de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, l'intimée disposait de toutes les informations et constatations nécessaires à l'appréciation juridique du cas si bien qu'elle pouvait renoncer, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré, à chercher à obtenir les rapports des deux spécialistes mentionnés dans son recours (art. 1 recours; médecin chargé de la mise en place d'un appareil stimulateur électrique transcutané et médecin spécialiste des problèmes cervicogéniques; appréciation anticipée des preuves; ATF 144 V 361 c. 6.5, 124 V 90 c. 4b, 122 V 157 c. 1d; SVR 2020 UV n° 9 c. 5.2, EL n° 9 c. 3.2). En d'autres termes, l'appréciation médicale

du médecin d'arrondissement s'agissant de la capacité de travail et du profil d'exigibilité doit être considérée comme pleinement probante.

**5.6** Au vu de ce qui précède, c'est donc à raison que l'intimée a suivi les conclusions de son médecin d'arrondissement, selon lesquelles le recourant était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée (pas de mouvement répétitif et/ou prolongé avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux ou au-dessus du plan des épaules, absence de port de charges au-delà de 10 à 15kg de manière prolongée et/ou répétitive en bimanuelle, absence de travaux de force avec le membre supérieur gauche; voir c. 4.6 ci-dessus). De ce fait, et contrairement à ce que soutient le recourant, le dossier d'instruction ne saurait être considéré comme lacunaire. Une instruction complémentaire est superflue.

## **6.**

Comme cela résulte de ce qui précède (voir c. 5.4 ci-dessus), la stabilisation constatée et discutée par le médecin d'arrondissement début octobre 2019 convainc pleinement. C'est donc à raison que l'intimée a mis un terme aux IJ et à la prise en charge des traitements avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020 et est passé à l'examen du droit à une rente et une IPAI. A toutes fins utiles, on mentionnera encore que le grief de l'assuré selon lequel la situation médicale n'était pas stabilisée à mesure que le médecin chef d'une clinique universitaire pour la chirurgie orthopédique et traumatologie a préconisé, en octobre 2020, une intervention chirurgicale ne résiste pas à l'examen. En effet, cette appréciation médicale a été émise par le spécialiste consulté seulement en octobre 2020 (et sur la base d'un nouvel examen IRM de septembre 2020), soit après la décision sur opposition ici contestée du 25 mai 2020. Or, en règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où ladite décision a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, le rapport du 6 octobre 2020 du médecin chef de la clinique universitaire pour la chirurgie orthopédique et

traumatologie (dos. TA), ne peut être pris en considération à mesure que ce document rend uniquement compte de la situation médicale constatée au moment de son établissement. C'est par conséquent à bon droit que la Suva a jugé que l'état découlant de l'accident devait être considéré comme stabilisé à tout le moins dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019 (date de l'examen par le médecin d'arrondissement) et qu'il y avait lieu d'établir le profil d'exigibilité et l'atteinte à l'intégrité en fonction de cet état. L'éventualité d'une évolution (amélioration ou détérioration) d'un état stabilisé à un certain stade ne peut pratiquement jamais être exclue. La législation, comme le rappelait du reste la décision du 20 janvier 2020, prévoit des possibilités de nouvel octroi de prestations provisoires en cas de détérioration (art. 21 LAA). D'ailleurs, en l'espèce, les prestations de traitement que la Suva a encore prises en charge après le prononcé ici contesté (intervention chirurgicale de novembre 2020; voir mémoire de duplique du 18 janvier 2021) en sont la preuve. Elles n'entrent pas en contradiction avec le constat de stabilisation posé en octobre 2019. La Suva a en effet assumé les coûts de ladite intervention à titre de rechute au sens de l'art. 21 LAA qui prévoit expressément une telle prise en charge, même après la fixation d'une rente.

## **7.**

**7.1** Confrontée à l'opposition du 26 mars 2020 alléguant un traitement psychiatrique instauré en raison d'un stress post traumatique avec un syndrome anxio-dépressif réactionnel, bien qu'à son dossier n'ait figuré aucun diagnostic posé par un psychiatre, l'intimée a exclu toute responsabilité de sa part, en niant d'emblée la possibilité d'une causalité adéquate entre l'événement du 3 juillet 2017 et de tels éventuels troubles. Le recours réfute le raisonnement de l'intimée à ce sujet.

**7.2** En cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, l'admission d'un lien de causalité adéquate suppose en principe que l'événement traumatique présente une importance déterminante dans l'apparition d'une incapacité de gain d'origine psychique. Tel est le cas s'il présente objectivement une certaine gravité ou, en d'autres termes, s'il

entre sérieusement en ligne de compte. Selon la jurisprudence, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, entre les deux, les accidents de gravité moyenne. On rappellera que pour procéder à la classification de l'accident dans l'une des trois catégories précitées, il faut uniquement se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident. En fonction de la gravité de l'accident, des critères supplémentaires sont, au cas par cas, à prendre en compte. Ces critères sont examinés en excluant tout aspect psychique (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).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, l'événement accidentel lui-même n'est pas seul déterminant. Le TF a précisé qu'il convenait bien plus de prendre en considération, dans une appréciation globale, d'autres circonstances objectivement établies qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Les critères les plus importants établis par le TF sont les suivants (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions (physiques), en particulier leur aptitude à engendrer, selon l'expérience, des conséquences psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions subies.

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères objectifs à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre le lien de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou même que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne ou d'un accident se trouvant à la limite de la catégorie des accidents de peu de gravité, le lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'ordre psychique ne peut être admis que si soit un seul critère est réalisé de manière particulièrement importante, soit si ces critères sont réunis de manière cumulée et évidente (RAMA 2005 p. 228 c. 3.2.3). Face à un accident de gravité moyenne stricto sensu, si aucun critère ne s'est manifesté de manière particulièrement marquante, il faut un cumul de trois critères sur les sept pour admettre un caractère adéquatement causal (SVR 2018 UV n° 21 c. 4.3). S'agissant d'un accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie des accidents légers, la présence de quatre critères est requise à cet effet (SVR 2018 UV n° 29 c. 4.2.2). L'appréciation de l'accident à la lumière de ces critères et de son déroulement objectif aboutit à l'admission ou au rejet d'un lien de causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 6a, 115 V 133 c. 6c/bb; voir RAMA 1997 p. 167 c. 4b).

**7.3** En l'espèce, il ressort de la déclaration de sinistre du 11 août 2017 et il est incontesté que l'assuré était sur un échafaudage (1<sup>er</sup> étage) avec une brouette de mortier lorsque la planche sur laquelle il se trouvait a cédé sous son poids. Il est ainsi tombé contre le mur, tout comme la brouette. L'assuré a cherché à se protéger avec son bras gauche de la brouette qui lui est tombée dessus (dos. Suva 1/2). D'un point de vue objectif, à savoir compte tenu du déroulement décrit ci-avant et des blessures qui s'en sont suivies (tendinite du long-chef du biceps gauche, déchirure partielle du tendon du supra-épineux gauche, arthrose acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale; dos. Suva 19/1), il y a lieu de retenir que la chute du recourant ainsi que de la brouette (dont a dû se protéger le recourant) constitue tout au plus un accident de gravité moyenne stricto sensu. Le TF, dans sa jurisprudence relative aux chutes d'échafaudage qualifie en effet

d'accidents de gravité moyenne stricto sensu les chutes d'une hauteur comprise entre environ 2 et 4 mètres (arrêt TF 8C\_44/2017 du 19 avril 2017 c. 5.2 avec références et plus récemment TF 8C\_632/2018 du 10 mai 2019 c. 8.3 [chute de 4.7 mètres]). Dans le cas qui nous occupe, la hauteur de la chute n'a pas été définie précisément. Il ressort cependant de la déclaration de sinistre que l'assuré a chuté du premier étage et lors de l'entretien du 4 avril 2018, il a été question d'une hauteur de 2.2 mètres. On ne saurait dès lors considérer que la chute était supérieure à deux ou trois mètres. Quant au fait que la brouette de chantier soit tombée sur le recourant, force est d'admettre que le recourant a réussi, tant bien que mal, à se protéger. Cet élément tend également à démontrer que les forces en question ne permettent pas de le ranger dans la catégorie des accidents les plus graves de la catégorie moyenne. Par conséquent, contrairement à ce que soutient l'intimée, l'accident doit être qualifié comme ayant présenté au plus une gravité moyenne stricto sensu. Cela étant, pour que la causalité adéquate soit admise, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2018 UV n° 21 c. 4.3).

**7.3.1** N'en contredise le recourant, le déroulement de l'accident ne saurait être considéré comme particulièrement impressionnant. Il est bien évidemment compréhensible que l'accident, au vu de son déroulement, ait pu avoir un effet relativement choquant sur le moment pour le recourant. Néanmoins, si l'événement en question était certes important, l'assuré n'a pas subi de blessures particulièrement graves ou mettant sa vie en danger. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (TF 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 c. 6.3.1.1 et les références citées). Quoi qu'il en soit et de façon purement subjective, l'on peut douter du fait que le recourant ait été particulièrement impressionné par l'événement du 3 juillet 2017 (comme allégué dans son recours), dans la mesure où, après l'accident en question, l'assuré a continué de travailler une dizaine de jour puis est parti dans son pays d'origine et n'a consulté un ostéopathe que pendant ses vacances de plusieurs semaines (dos. Suva 46.6).

**7.3.2** Concernant le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, il faut relever que le recourant n'a subi qu'une blessure à l'épaule gauche (tendinite du long-chef du biceps gauche, déchirure partielle du tendon du supra-épineux gauche, arthrose acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale; dos. Suva 19/1) qui a été opérée en février 2018. S'agissant des douleurs éprouvées par l'assuré, il appert que l'examen IRM de mars 2019 n'a pas permis de trouver une raison mécanique à celles-ci (dos. Suva 114/2) mais qu'en mai 2020, l'orthopédiste traitant a considéré que les douleurs étaient provoquées par une tension musculaire avec une possible bursite subacromiale (dos. Suva 234/1). Ainsi, on ne saurait assurément parler d'une lésion grave susceptible d'engendrer, selon l'expérience, des troubles psychiques.

**7.3.3** S'agissant du critère relatif à la durée inhabituellement longue du traitement médical – critère rempli selon l'assuré – On relèvera qu'aucune pièce au dossier ne met en évidence le suivi par le recourant d'un traitement médical particulièrement lourd et éprouvant. Il a subi une intervention chirurgicale avec hospitalisation de quatre jours en février 2018 (dos. Suva 42/11) et séjourné pendant un mois en 2019 dans une clinique de réadaptation (dos. Suva 102/2). Au-delà de ces deux (courtes) hospitalisations, le traitement médical s'est limité à des examens, deux infiltrations intra-articulaires de l'épaule gauche en sous-acromial en septembre 2017 et mai 2018 (dos. Suva 19/1 et 58/1) et à des séances de physiothérapie. Certes, les douleurs à l'épaule durent depuis plusieurs années, mais l'on ne saurait parler d'un traitement médical, à proprement parler, d'une durée anormalement longue. Il n'est pas non plus inutile de souligner, comme l'a fait la Suva dans sa décision sur opposition (c. 5.1 et 5.2), le manque d'engagement du recourant dans le processus de guérison dans la mesure où celui-ci n'a entamé la thérapie de la douleur recommandée depuis mars 2019 par le spécialiste en orthopédie traitant qu'en janvier 2020 et qu'il n'a pas pratiqué les exercices de renforcement prescrits (voir notamment dos. Suva 94/3, 114/2, 128/2 et 178/1). Vu l'ensemble de ce qui précède, on ne saurait qualifier la durée du traitement médical de particulièrement longue au sens de la jurisprudence.

**7.3.4** Quant aux plaintes de douleurs persistantes ressenties par le recourant, elles ont certes été relevées dans pratiquement toutes les descriptions figurant au dossier et jusqu'à la clôture du cas d'accident. Il y a cependant lieu de rappeler, une fois encore, que le recourant a refusé le traitement par un spécialiste de la douleur (pourtant recommandé par l'orthopédiste traitant), traitement qui aurait éventuellement pu avoir un effet bénéfique sur les plaintes du recourant. Ce critère ne saurait ainsi être retenu.

**7.3.5** Par ailleurs, rien au dossier ne tend à démontrer l'existence d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ni même l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison ou de complications importantes, ce que n'allègue d'ailleurs pas le recourant. Au contraire, il apparaît que le recourant a été suivi très régulièrement par son orthopédiste traitant depuis le mois de septembre 2018, soit un mois après la première consultation du recourant chez son généraliste (retour de vacances). Par la suite, les douleurs éprouvées par le recourant ont été prises au sérieux et des solutions ont été cherchées pour les diminuer. C'est ainsi que le spécialiste en orthopédie traitant, après l'absence d'effets positifs de la réhabilitation stationnaire début 2019, a recommandé le suivi d'une thérapie de la douleur.

**7.3.6** Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due à des lésions physiques, on relèvera que celui-ci ne se réfère pas uniquement aux capacités fonctionnelles dans la profession d'origine (SVR 2019 UV n° 41 c. 10.5). Or, en mars 2019, soit moins de deux ans après l'accident, les médecins d'une clinique de réadaptation préconisaient une reprise de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, la durée de l'incapacité de travail ne saurait être considérée comme particulièrement importante.

**7.3.7** Au vu de ce qui précède, aucun des critères ne peut être retenu, de sorte que l'accident du 24 août 2015, d'une gravité tout au plus moyenne, ne peut être tenu pour la cause adéquate des (éventuels) troubles psychiques de l'assuré.

**7.4** En l'absence de lien de causalité adéquate entre les (éventuelles) séquelles psychiques de l'assuré et l'accident survenu, la question de la causalité naturelle peut rester ouverte (ATF 135 V 465 c. 5.1; SVR 2019 UV n° 41 c. 7.3).

## **8.**

Dans la mesure où le taux de 20% de l'IPAI confirmé par la décision sur opposition du 25 mai 2020 n'est pas remis en question par une appréciation différente de celle de l'intimée concernant ni la stabilisation de l'état résultant de l'accident (voir c. 6 ci-dessus), ni l'absence de causalité entre l'accident et les troubles psychiques dont se plaint le recourant (voir c. 7 ci-dessus), le recours peut déjà 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.

## **9.**

**9.1** Il convient ensuite d'évaluer le taux d'invalidité. Il s'agit pour ce faire d'effectuer la comparaison de revenus prévue à l'art. 16 LPGA sur la base de données valables en 2020, l'année au cours de laquelle le recourant pourrait prétendre à une rente d'invalidité, le terme mis aux IJ ayant été fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2020 (ATF 143 v 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

## **9.2**

**9.2.1** Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, 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 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1).

**9.2.2** 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). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidé peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3; données aussi accessibles en ligne sur le site de l'OFS). En cas de recours aux tables de l'ESS, il y a en principe toujours lieu de se référer aux données statistiques les plus récentes qui existaient au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 143 V 295 c. 2.3; TF 8C\_64/2019 du 27 novembre 2019 c. 6.2.1).

**9.3** En l'espèce, pour le revenu de valide s'agissant de la période ici en cause (2020), l'intimée s'est fondée à raison sur les indications fournies par le dernier employeur du recourant relatives au salaire que toucherait l'assuré sans atteinte à la santé en 2020 dans le domaine de la construction (voir dos. Suva 170/1 et 182/1). Le montant y relatif se monte à Fr. 66'808.- ( $29.20 \times 2112$  [total des heures annuelles de travail déterminant soit 365 jours : 7 = 52,14 semaines  $\times$  40,5 heures] + 8.33% [indemnités pour le droit aux vacances]). A ce titre, le montant retenu (et non contesté) n'est pas critiquable au vu des éléments au dossier.

#### **9.4**

**9.4.1** Pour le revenu d'invalidé (calculé pour la même année de référence, soit 2020), dès lors que le recourant n'exerçait pas d'activité lucrative correspondant au profil d'exigibilité susmentionné (voir c. 4.6 ci-dessus) pendant la période litigieuse, l'intimée s'est à juste titre basée sur les chiffres de l'ESS. Selon ceux-ci, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'340.- ou Fr. 64'080.- par an (ESS 2016, table TA1 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe, Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1, Hommes"; la table 2018 n'était pas encore disponible à la date où la décision contestée a été rendue). Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, il convient de les réévaluer, comme l'a très justement fait

l'intimée, en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises, soit 41,7 heures par semaine (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). Le salaire annuel correspond ainsi à Fr. 66'803.40. Il convient ensuite d'indexer ce revenu au renchérissement et à l'évolution des salaires réels à l'année 2020 (voir ATF 144 I 103 c. 5.3, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1). L'intimée s'est référée à la table T1.15. Pour pouvoir opérer la distinction entre les sexes voulue par la jurisprudence (ATF 129 V 408; SVR 2019 IV n° 88 c. 4.1), elle aurait dû utiliser la table T1.1.15 "Indice des salaires nominaux, hommes, 2016-2020", base 2015=100, valeur "Total", voire la table T39 "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", base 1939=100, 2010-2019, colonne "Hommes". Peu importe en l'espèce, car les données ici concernées des trois tables sont identiques pour ce qui touche les variations par rapport à l'année précédente: 2017: 0,4%, 2018: 0,5%, 2019: 0,9% et 2020: 0,8%. Toutefois, au moment où l'intimée a fait son calcul (20 janvier 2020; dos. Suva 182), il n'existait encore qu'une estimation de 0,5% pour les années 2019 et 2020. On ignore si les chiffres définitifs pour 2019 ont été publiés avant la date déterminante de la décision sur opposition; à tout le moins ceux de 2020 ne l'étaient pas (voir c. 9.2.2 ci-dessus). Les données sur lesquelles s'est fondée l'intimée étant plus favorables au recourant (elles aboutissent à un revenu avec invalidité moins élevé), on peut à ce stade se rallier à l'hypothèse ayant servi de base au prononcé contesté qui, après indexation, arrive correctement à un revenu avec invalidité de Fr. 68'081.71, soit, arrondi, Fr. 68'082.- (ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3).

**9.4.2** Se pose enfin la question d'un éventuel abattement à appliquer sur le revenu d'invalidé, ce qu'a nié la Suva. A cet égard, il faut tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). 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. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Il est à noter que les restrictions de santé déjà intégrées dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical ne peuvent être également prises en compte dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2). Selon la jurisprudence, le tribunal des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; l'autorité de recours doit donc s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la plus appropriée (ATF 126 V 75 c. 6; SVR 2020 ALV n° 11 c. 3.3).

**9.4.3** D'emblée, il convient de mentionner que l'appréciation de l'Office AI Berne, qui, dans son préavis du 15 novembre 2019, a réduit le gain statistique d'invalide de 15% en raison des limitations fonctionnelles, ne lie pas l'assureur-accidents (voir ATF 131 V 362 c. 2.3). En d'autres termes, contrairement à l'avis du recourant, l'intimée pouvait s'écarter de la décision de l'Office AI Berne, ce d'autant plus que le degré d'invalidité de 16% auquel elle aboutit étant largement inférieur au seuil de 40% qui ouvre le droit à une rente AI, la question de l'abattement n'a, selon toute vraisemblance, été examinée que superficiellement. Par ailleurs, le recourant ne fait, à juste titre, pas valoir son âge (51 ans à la date de la décision contestée; ATF 146 V 16 c. 4.1, voir également SVR 2021 IV n° 7 c. 6.3.3 s'agissant d'un assuré de 55 ans), d'éventuelles difficultés linguistiques (TF 9C\_808/2015 du 29 février 2016 c. 3.4.2), ni même l'absence de formation certifiée (TF 8C\_378/2019 du 18 décembre 2019 c. 6.2.3) comme facteurs d'abattement par rapport au niveau 1 de la table TA1 ESS. S'agissant ensuite de la prise en compte d'un abattement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré telle que requise par celui-ci, il convient de relever que le niveau 1 de la table TA1 ESS (retenu par la Suva dans le calcul du revenu d'invalidité) s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est

physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (voir parmi d'autres, TF 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 c. 8.6, 9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 c. 4.3). Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C\_549/2019 du 26 novembre 2019 c. 7.7, 8C\_732/2019 du 19 octobre 2020 c. 4.5). En revanche, la jurisprudence admet un abattement si un assuré est limité dans sa capacité à effectuer même des travaux physiquement légers et non qualifiés (ATF 126 V 75 c. 5a/bb). En l'occurrence, il ressort du rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2019 du médecin d'arrondissement (jugé probant) que l'assuré est en mesure d'exercer une activité à plein temps sans diminution de rendement si l'activité respecte ses limitations fonctionnelles; celles-ci concernent les mouvements répétitifs et/ou prolongés avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux ou au-dessus du plan des épaules, le port de charges au-delà de 10 à 15kg de manière prolongée et/ou répétitive en bimanuelle ainsi que les travaux de force avec le membre supérieur gauche (voir c. 4.6 ci-dessus). Si de telles limitations excluent les travaux lourds, on ne voit pas qu'elles restreindraient de manière significative les activités légères. Ainsi, il existe, dans un marché du travail équilibré, un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (activités non qualifiées), de sorte qu'un abattement n'a pas lieu d'être pour combler tout éventuel désavantage.

**9.4.4** Il résulte de ces considérations que la comparaison des revenus de valide et d'invalide, sans abattement, met en évidence, même en adoptant l'indexation favorable pratiquée par l'intimée (voir c. 9.4.1 ci-dessus), l'absence de perte de gain (Fr. 66'808.- – Fr. 68'082.- = Fr. – 1'274.-) et donc l'absence d'invalidité. Du reste, même si l'on prenait en compte un abattement sur le revenu statistique d'invalide, celui-ci ne saurait être supérieur à 10% et le taux d'invalidité n'atteindrait toujours pas les 10% ouvrant le droit à rente d'invalidité (revenu d'invalide avec abattement: 90% x Fr. 68'082.- = Fr. 61'273.80; perte de gain dans l'activité lucrative

après comparaison des revenus: Fr. 66'808 - Fr. 61'273.80 = Fr. 5'534.20; calcul du taux d'invalidité pondéré: 8,12%, soit 8% arrondis). C'est donc à bon droit que l'intimée a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité. Le recours doit (aussi: voir c. 8 ci-dessus) être rejeté sur ce point.

**10.**

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

**10.2** Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020; voir disposition transitoire à la modification du 21 juin 2019 de la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021 [RO 2020 5137]).

**10.3** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 et art. 61 let. g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

**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 par son mandataire,
  - 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).