RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1462/2023** **ATAS/853/2023**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 6 novembre 2023

**Chambre 6**

En la cause

**A_____** recourant

représenté par Me Alexandre FAVRE, avocat

contre

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

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

## EN FAIT

**A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a travaillé en tant que ferrailleur chef d'équipe pour la société anonyme B_____ dès le 18 mars 2019, réalisant un revenu de CHF 7'500.- par mois auquel s'ajoutait un 13ème salaire. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

**b.** Le 19 juin 2019, l'assuré a subi un accident sur un chantier. Il a chuté en portant des barres d'armature de fer et s'est blessé à l'épaule gauche ainsi qu'à la main droite. Il a été en incapacité de travail totale dès cette date.

**B.** **a.** À la demande de la SUVA, l'assuré a consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 12 décembre 2019, celui-ci a diagnostiqué une rupture de la coiffe du sus-épineux gauche avec une capsulite rétractile. La capsulite devait être traitée avant la suture de la coiffe. Ce médecin a indiqué dans son rapport du 13 janvier 2020 que la carrière de ferrailleur semblait compromise, même en cas d'opération.

**b.** Le 17 juin 2020, le Dr C_____ a pratiqué une arthroscopie avec suture du sus-épineux, ténodèse du biceps et acromioplastie gauche.

**c.** L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 3 septembre au 3 novembre 2020. Les doctoresses D_____ et E_____ ont posé les diagnostics de traumatisme de l'épaule gauche avec rupture quasi complète du tendon supra-épineux et de capsulite rétractile de l'épaule gauche. La poursuite de la physiothérapie permettrait d'améliorer les limitations fonctionnelles. La stabilisation était attendue dans un délai de trois à six mois. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. Il fallait éviter le port de charges de plus de 2,5 kg et le travail prolongé avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules, les activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur gauche, et les activités avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux.

**d.** Le 25 avril 2021, l'assuré est tombé à vélo électrique. Selon le Dr C_____, l'arthro-IRM réalisée après cette chute ne montrait pas de récidive de rupture de la coiffe. Il n'y avait pas d'indication à une reprise de la suture de la coiffe. Dans un rapport ultérieur du 14 juin 2021, ce chirurgien a noté que les amplitudes articulaires restaient catastrophiques une année après l'intervention. Dans ce contexte compliqué avec une capsulite rétractile extrêmement sévère, ce médecin n'était pas certain que l'assuré puisse « être remis en selle ».

**e.** L'assuré a subi une arthroscopie avec mobilisation de l'épaule gauche le 29 septembre 2021. Le 17 janvier 2022, le Dr C_____ a rapporté une situation relativement décevante quatre mois après la libération de la capsulite rétractile et une raideur de l'épaule persistante avec de faibles progrès malgré la

physiothérapie. Dans ces conditions, il se demandait comment la reprise du travail pourrait être ordonnée.

**f.** L'assuré a séjourné une nouvelle fois du 22 février au 29 mars 2022 à la CRR.

Durant ce séjour, il a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a noté des séquelles douloureuses dans les suites d'une réparation de la coiffe des rotateurs et arthrolyse de l'épaule pour épaule gelée. L'examen clinique était ininterprétable chez l'assuré, qui présentait de sévères autolimitations. En revanche, l'IRM était rassurante avec un tendon en continuité. Ce chirurgien n'était pas certain du diagnostic d'épaule gelée au vu des importantes autolimitations de l'assuré. Une reprise en tant que ferrailleur était illusoire.

Le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et la docteure H_____, n'ont relevé aucune psychopathologie. L'assuré signalait des douleurs de l'épaule gauche, soulagées par la médication. Ses plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées durant le séjour. Des facteurs contextuels tels que la kinésiophobie élevée, le catastrophisme modéré avec une perception du handicap fonctionnel majeure, des autolimitations et une focalisation sur la douleur influençaient les aptitudes fonctionnelles de manière négative. L'évolution avait été non significative, voire défavorable. La participation aux thérapies avait été moyenne, avec beaucoup d'autolimitations. Les médecins constataient des incohérences telles qu'une force intrinsèque de la main gauche quasi nulle, alors que c'était l'épaule qui était symptomatique. Il y avait une claire discordance entre la perception du handicap fonctionnel par l'assuré et sa capacité fonctionnelle objectivée. Compte tenu des constats et des observations aux ateliers, les médecins ont conclu que l'assuré devrait pouvoir exercer un travail sans activité répétitive en force au-dessus des épaules et sans port de charges de plus de 5 kg au-dessus des épaules ou de manière répétitive de plus de 20 à 25 kg en-dessous des épaules. La situation serait complètement stabilisée un à deux mois plus tard.

**g.** Le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 14 juin 2022. Il a posé le diagnostic de rupture du tendon sus-épineux gauche en juin 2019, de capsulite rétractile secondaire de l'épaule gauche et de réparation arthroscopique du sus-épineux, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie le 17 juin 2020, ainsi que de libération arthroscopique de la capsulite le 29 septembre 2021, et de surpoids. La situation était stagnante, l'épaule n'était pas mobile dans tous les plans, et l'assuré ne pouvait porter de charges le membre supérieur décollé du tronc. Objectivement, les amplitudes articulaires étaient extrêmement limitées. Il n'y avait aucune évolution dans ces amplitudes depuis les examens du Dr C_____ et de la CRR. L'état était stabilisé. L'activité de ferrailleur n'était plus exigible. Ce médecin a repris les limitations fonctionnelles établies par la CRR. Dans une activité respectant ces limitations, avec un coude restant au corps,

il n'y avait pas de diminution de la capacité de travail ou du rendement. Ce médecin a noté que l'antalgie était peu utilisée au vu des douleurs annoncées.

Le même jour, le Dr I_____ a fixé l'atteinte à l'intégrité à 15%, se fondant sur la table 1 d'indemnisation de la SUVA pour les troubles fonctionnels des membres supérieurs, s'agissant d'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale ou d'une périarthrite scapulo-humérale moyenne. Cette estimation était motivée par la limitation de la mobilité.

**h.** Par courrier du 20 juin 2022, la SUVA, se référant à l'appréciation de son médecin d'arrondissement, a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2022.

**i.** La SUVA a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré le 16 septembre 2022. Elle a fixé le revenu sans invalidité sur les salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2020 pour un homme dans la branche économique de la construction (TA1_tirage_skill_level, lignes 41 43, niveau de compétence 1), ce qui correspondait à un salaire annuel de CHF 68'772.-, de CHF 71'350.95 adapté à la durée normale de travail dans la branche de 41.5 heures et de CHF 72'269.- après indexation à 2022 (moins 0,7% en 2021 et 2% selon l'évaluation trimestrielle en 2022). Les salaires statistiques étaient utilisés, car la société qui employait l'assuré avait été dissoute par faillite. Le revenu d'invalide était fondé sur le revenu tiré d'activités simples et répétitives pour un homme dans un niveau de compétence 1 selon l'ESS (TA1_tirage_skill_level), soit CHF 63'132.- et CHF 66'661.50 une fois adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures et indexé à 2022. Compte tenu d'un abattement de 5%, le revenu d'invalidité était de CHF 63'328.- Il en résultait un degré d'invalidité de 12,37%, arrondi à 12%.

**j.** Par décision du 16 septembre 2022, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 12% dès le 1er août 2022. Elle lui a également alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

**k.** Le 19 octobre 2022, l'assuré, par son mandataire, s'est opposé à la décision de la SUVA. Il a conclu à la fixation d'une rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 35% au moins, à la motivation du revenu d'invalide et à la fixation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 51'870.-. Il a contesté le revenu sans invalidité retenu, qui ne correspondait pas à son salaire avant l'accident, soit CHF 97'500.-. S'agissant du revenu après invalidité, on ne comprenait pas quelles activités étaient concrètement exigibles. Compte tenu de ses difficultés à se réinsérer dans une activité professionnelle au vu de son âge et de son manque d'expérience, le revenu d'invalide était infondé. Par ailleurs, au vu de ses limitations importantes et de ses douleurs persistantes, il était illusoire de retenir une pleine capacité de travail. Les conclusions de la SUVA n'étaient pas en adéquation avec les derniers rapports médicaux. De plus, il ne faisait aucun doute qu'il souffrait d'une atteinte importante et durable à son intégrité psychique qui

devait être considérée comme légère à modérée et fixée entre 20 et 35%, même si l'atteinte psychologique n'avait à ce stade pas été concrètement déterminée.

**l.** Le 13 mars 2023, le Dr C_____ a indiqué à la SUVA que la dernière consultation de l'assuré remontait au 4 octobre 2022.

**m.** Par décision du 17 mars 2023, la SUVA a écarté l'opposition. S'agissant des troubles psychiques, l'assuré n'amenait aucun élément médical rendant vraisemblable un lien de causalité naturelle entre le trouble psychique invoqué et l'accident de l'assuré. Aucun trouble de cet ordre n'avait été mentionné par les médecins. Il n'était ainsi pas démontré que l'assuré était atteint dans sa sphère psychique. Par surabondance, un lien de causalité adéquate ne devait pas être retenu au vu des critères applicables pour établir un tel lien. Ainsi, seules les conséquences en lien de causalité naturelle avec l'accident devaient être prises en compte pour déterminer le degré d'invalidité. Le revenu d'invalide se fondait sur la capacité de gain sur un marché du travail équilibré. La SUVA a donné comme exemples d'activités exigibles des travaux simples de surveillance et de contrôle, d'utilisation et de surveillance de machines automatiques ou semi-automatiques ou d'unités de production, ainsi que de surveillant de musée ou de parking. La SUVA n'était pas tenue d'indiquer en détail les activités raisonnablement exigibles. Le marché du travail équilibré offrait suffisamment de postes adaptés. Enfin, l'abattement appliqué au revenu d'invalide était conforme au droit.

**C.** **a.** L'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA par écriture du 2 mai 2023 devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à ce qu'il soit constaté qu'il avait droit dès le 1er août 2022 à une rente d'invalidité correspondant à un degré d'invalidité de 49% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité relative à ses atteintes psychiques de CHF 51'870.- ; subsidiairement à ce qu'il soit constaté qu'il avait droit dès le 1er août 2022 à une rente d'invalidité de 36%, respectivement de 35%, respectivement de 17% ; et plus subsidiairement au renvoi à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant a fait valoir qu'après la faillite de B_____, son activité avait été partiellement reprise par la société à responsabilité limitée J_____, dont l'associé gérant était un des anciens administrateurs de B_____. J_____ lui avait confirmé ne pas pouvoir l'engager exclusivement en raison de son invalidité. Il était vraisemblable que sans invalidité, il aurait poursuivi son emploi auprès de cette nouvelle société aux mêmes conditions salariales, de sorte qu'il convenait de retenir un revenu de CHF 97'500.-. Le recourant avait obtenu un salaire mensuel moyen de CHF 6'260.- entre 2000 et 2005, si bien qu'il aurait dans tous les cas au moins perçu ce montant sans invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il y aurait eu lieu au moins de retenir un niveau de compétence 2, et ce revenu aurait dû être fixé à CHF 75'855.40 (soit CHF 6'069.- par mois) avant indexation. Pour le revenu d'invalide, l'intimée aurait en outre dû tenir compte du revenu statistique dans les activités du secteur 3 relatif aux services ou aurait dû appliquer un

abattement plus important. Sur ce point, il a allégué que ses limitations et ses douleurs le restreignaient dans sa posture et dans son quotidien. Il n'existait pas ou peu d'activités de surveillance dans le domaine de la construction ne nécessitant pas d'usage de la force. Seule une activité de pure surveillance pourrait être envisagée, ce qui limitait grandement ses possibilités, d'autant plus qu'il avait 55 ans. En tenant compte d'un abattement de 25%, le revenu d'invalidité s'élevait à CHF 49'554.98. Le taux d'invalidité devait ainsi être fixé à 49% en comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 97'500.-. Subsidiairement, un taux d'invalidité de 35% devait être retenu, compte tenu d'un revenu de valide de CHF 75'885.40 et d'un revenu d'invalide de CHF 49'554.98, ou de 36% en comparant les revenus avec et sans invalidité de respectivement CHF 97'500.- et CHF 62'769.-, ou de 17% en tenant compte d'un revenu de valide de CHF 75'885.40 et d'un revenu d'invalide de CHF 62'769.64. En ce qui concernait l'atteinte à l'intégrité, il a répété qu'il souffrait d'une atteinte importante et durable à son intégrité psychique et physique. Le Dr I_____ ne pouvait estimer valablement son atteinte psychologique. L'atteinte psychologique était très forte, dans la mesure où il était extrêmement limité dans sa vie quotidienne et souffrait de douleurs permanentes, et elle devait être fixée entre 20 et 35%. Il poursuivait son suivi médical, comme le relevait le docteur K_____, gynécologue, dans un certificat du 2 septembre 2023, qu'il a produit. Il a requis l'audition de ce médecin.

L'assuré a notamment produit un courrier de J_____ du 17 avril 2023 à la teneur suivante : « […] *Après avoir analysé votre dossier et plus particulièrement votre incapacité à porter des charges lourdes, nous amène à la conclusion que votre engagement au sein de notre entreprise n'est malheureusement pas possible. Indépendamment de la faillite de l'entreprise, c'est bien, votre handicap qui vous empêche de remplir votre mission de manière optimal et rend votre engagement impossible […]* ».

**b.** Dans sa réponse du 7 juin 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a analysé les critères d'adéquation entre un trouble psychique et un accident pour conclure qu'ils n'étaient pas remplis en l'espèce. L'abattement devait s'analyser au vu des seules limitations fonctionnelles en lien avec les séquelles somatiques de l'accident du 19 juin 2019. Pour le surplus, elle a confirmé les modalités de son calcul d'invalidité.

**c.** Par réplique du 7 juillet 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a fait valoir que ses douleurs persistantes étaient objectives puisque son suivi continuait, et il convenait d'en tenir compte pour fixer l'abattement. Au vu de son âge, de ses difficultés en français ainsi que de son absence d'autre expérience que celle de ferrailleur, il était désavantagé sur le marché du travail.

**d.** Par duplique du 18 juillet 2023, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a allégué qu'il n'était nullement arbitraire de ne pas tenir compte des douleurs,

notamment au vu des incohérences relevées par les différents médecins. L'abattement qu'elle avait retenu était approprié.

**e.** La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 20 juillet 2023.

**f.** Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

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

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

**2.** La modification du 21 juin 2019 de la LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2021 est applicable au litige, dès lors que le recours n'était pas encore pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).

**3.** Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

**4.** Le litige porte sur le droit aux prestations pour accident dès le 1er août 2022, en particulier sur le degré d'invalidité du recourant et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**5.** L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

La loi prévoit notamment les prestations suivantes en cas d'accident.

**5.1** 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 (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 LPGA). En vertu de 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. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

**5.2** Conformément à l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Cette indemnité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). Son évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3ème éd. 2016, n. 317 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence contenue à l'art. 25 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de

concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3 1ère phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.2).

**6.** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

**6.1** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

**6.2** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**6.3** S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

**7.** L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). En ce qui concerne l'indexation des revenus, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

**7.1** Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au

moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 3.2 et les références). Le revenu sans invalidité doit être fixé en référence aux revenus statistiques notamment lorsque l'ancien employeur de l'intéressé a fait faillite (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2022 du 11 avril 2023 consid. 4.3.2).

**7.2** Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle. Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques ou manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs, les cadres de direction et les gérants, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 2.3 et les références). Dans le cas d'un assuré qui avait été durant plus de trente ans directeur de sa société, laquelle avait

employé jusqu'à une centaine de salariés, dont l'activité de direction comprenait 50% de tâches administratives et 50% d'activités physiques, dans les locaux de l'entreprise ou sur les chantiers, le Tribunal fédéral a confirmé un niveau global de compétence 3 pour déterminer le revenu sans invalidité. Au vu des tâches physiques dont l'intéressé s'acquittait, le niveau 4 apparaissait excessif, tandis que le niveau 2 ne tenait pas suffisamment compte des tâches nombreuses et complexes qu'impliquait la direction d'une entreprise comptant cent employés, ni de la longue expérience de l'assuré dans cette fonction, qui compensait largement l'absence de formation spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 5.4). Le revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 4 jusqu'à l'ESS 2010 et niveau 1 dès l'ESS 2012) est une valeur statistique qui 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1).

**7.2.1** Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

**7.2.2** Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3).

**7.2.3** Les tribunaux cantonaux des assurances au sens de l'art. 57 LPGA, qui constituent l'autorité de recours ordinaire dans la très grande majorité des cas relevant des assurances sociales, doivent disposer d'un pouvoir d'examen identique à celui du Tribunal administratif fédéral, et ce notamment au regard du principe constitutionnel de l'égalité de traitement de tous les assurés. Cela s'impose d'autant plus que le domaine des assurances sociales comprend de nombreuses situations – dont l'abattement sur le revenu d'invalide en matière d'assurance-invalidité constitue un exemple flagrant – dans lesquelles l'administration dispose d'une marge d'appréciation importante, dont l'application

doit pouvoir être contrôlée par l'autorité de recours de première instance (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est ainsi pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (*Angemessenheitskontrolle*). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée dans un cas concret dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_690/2016 du 27 avril 2017 consid. 3.2 et 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.2 et 4.3).

**8.** En l'espèce, il convient en préambule de noter que le recourant ne conteste pas que son état de santé était stabilisé au 1er août 2022.

Ses griefs ont essentiellement trait aux modalités du calcul d'invalidité et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique.

**8.1** On peut d'emblée écarter ses prétentions en tant qu'elles portent sur l'allocation d'une telle indemnité. En effet, il n'existe aucune atteinte psychique documentée au dossier. Les médecins de la CRR ont spécifiquement exclu un trouble de cet ordre, et aucun des intervenants n'a signalé de symptômes qui pourraient suggérer une atteinte de la sphère psychique. Le recourant ne produit aucun rapport médical qui mentionnerait une pathologie psychique. Dans ces conditions, on ne saurait se satisfaire de ses allégations, toutes générales et plutôt vagues, sur l'incidence de son atteinte physique dans son quotidien. De plus, l'impact des limitations fonctionnelles et des douleurs physiques qu'il mentionne dans ce cadre est précisément pris en compte dans la détermination de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due sur le plan somatique, conformément aux principes régissant sa fixation. Celle-ci a été établie par le Dr I_____, qui en a motivé le taux en référence aux tables d'indemnisation de la SUVA, et aucun autre médecin n'a procédé à une évaluation différente. Il n'y a ainsi pas de motif de revenir sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% allouée par l'intimée.

**8.2** En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, l'intimée y a procédé en fonction de la capacité de travail totale dans une activité adaptée retenue par son médecin d'arrondissement. Une telle capacité avait du reste également été admise pour le futur par les médecins de la CRR. Or, les conclusions du Dr I_____ et celles des Drs G_____ et H_____ ont été émises au terme d'examens établis en connaissance du dossier médical du recourant, après un status détaillé incluant le recueil des plaintes et de l'anamnèse. Leurs rapports doivent ainsi se voir reconnaître valeur probante, conformément à la jurisprudence.

Il n'existe du reste aucun avis médical contredisant leurs conclusions. Dans ce cadre, on relève que le dernier arrêt de travail attesté par le Dr C_____ couvre la période jusqu'au 31 juillet 2022, soit avant la période litigieuse. Ce chirurgien ne s'est de plus jamais expressément prononcé sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recourant objecte que ses douleurs rendent impossible une activité à plein temps, sans toutefois produire un avis médical étayant cette assertion. Le très bref certificat du Dr K_____, qui fait uniquement état d'un suivi médical, n'y suffit à l'évidence pas. En outre, la propre appréciation de sa capacité de travail par le recourant ne saurait l'emporter sur l'évaluation médico-théorique des médecins, établie en fonction notamment de leurs constatations objectives et de l'expérience médicale.

Partant, on se ralliera à l'appréciation du Dr I_____, selon laquelle le recourant dispose dès le 1er août 2022 d'une capacité de travail complète et sans diminution de rendement dans un poste sans activité répétitive en force au-dessus des épaules, sans port de charges de plus de 5 kg au-dessus des épaules et de manière répétitive de plus de 20 à 25 kg en-dessous des épaules.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne procédera pas à l'audition du recourant et du Dr K_____, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2).

Il convient ainsi de procéder au calcul d'invalidité sur cette base.

**8.2.1** S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé en référence au salaire statistique que le recourant pourrait prétendre dans une activité simple et répétitive dans la construction. Contrairement à ce que soutient celui-ci, c'est à juste titre qu'elle s'est écartée de son salaire réel, puisque le poste qu'il occupait auprès de B_____ n'existe plus à la suite de la dissolution de cet employeur pour faillite en juillet 2021. Le recourant échoue à démontrer que son emploi se serait poursuivi aux mêmes conditions pour J_____. Il n'y a en effet pas eu de transfert d'entreprise au sens des art. 333 ss du Code des obligations suisse (CO – RS 220). J_____ a du reste été créée plus d'une année après la dissolution de B_____ selon l'extrait du registre du commerce. Enfin, si le courrier de J_____ produit à l'appui du recours évoque la question d'un engagement, il n'en ressort pas que les conditions de travail – et en particulier le salaire – auraient été les mêmes qu'auprès de son ancien employeur.

On se référera ainsi bien au salaire statistique dans le secteur de la construction. S'agissant du niveau de compétence, le recourant ne dispose pas d'une formation achevée par un diplôme dans son ancien domaine d'activité. Selon son extrait de compte individuel, il a certes été actif plusieurs années en tant que ferrailleur jusqu'à 2010, avant de connaître une période sans activité lucrative – à l'exception de brèves missions – jusqu'à son engagement par B_____ en 2019. Cela ne suffit pas à retenir une expérience « exceptionnelle », comme il le soutient, ni de compétences particulières en matière de direction ou de gestion d'équipe. Il n'est

pas établi qu'il ait été chef d'équipe avant d'endosser cette responsabilité de mars 2019, date de son engagement, à juillet 2019, date de son accident. Le fait qu'il ait travaillé en tant que ferrailleur indépendant de 2006 à décembre 2010 ne permet pas une autre appréciation. Les revenus réalisés à son compte sont relativement modestes, sauf pour 2007 (CHF 91'178.-) et 2010 (CHF 62'341.-). En effet, ils s'élèvent à moins de CHF 23'224.- en 2006, CHF 37'900.- en 2008 et CHF 0.- en 2009, ce qui tend à suggérer que le recourant n'exploitait pas une entreprise d'envergure impliquant d'importantes tâches de direction et d'administration. Ainsi, c'est à bon droit que l'intimée a pris en considération un niveau de compétence 1. Cela représente un revenu de CHF 5'731.- par mois en 2020, soit CHF 68'772.-. Une fois adapté à la durée normale de travail de 41.5 heures dans le secteur de la construction et à l'indexation dans ce secteur jusqu'en 2022 (moins 0,7% en 2021 et 2% en 2022), on obtient bien un revenu sans invalidité de CHF 72'269.-. À ce sujet, on soulignera que la table statistique concernant l'évolution des salaires en 2022 a été publiée le 24 avril 2023, soit après la décision querellée, de sorte qu'on doit s'en tenir aux facteurs d'indexation trimestriels appliqués par l'intimée, conformément à la jurisprudence.

**8.2.2** Quant au revenu après invalidité, on rappellera en premier lieu que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2). L'évaluation de l'invalidité s'effectue en effet à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part. Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références). En l'espèce, les limitations fonctionnelles – relevant pour l'essentiel de mesures d'épargne du membre supérieur gauche – ne sont pas d'une ampleur telle qu'il faille exclure un éventail suffisant de postes adaptés sur un marché équilibré du travail. Il n'est ainsi pas critiquable que sur cette base, l'intimée ait fixé le revenu d'invalide en fonction du salaire tiré d'activités

simples et répétitives, tous domaines confondus (Ligne Total), selon l'ESS 2020 (TA1_tirage_skill_level). Ce revenu de CHF 5'261.- par mois et CHF 63'132.- par an s'élève à CHF 66'661.49 après indexation en 2022.

**8.2.3** En ce qui concerne l'abattement, le recourant soutient qu'il devrait être revu à la hausse, eu égard à ses douleurs, à son âge, à son manque de formation et à ses difficultés linguistiques.

S'agissant des douleurs, elles doivent être prises en compte dans l'établissement de la capacité de travail et des éventuelles limitations fonctionnelles, mais ne constituent pas en tant que telles un facteur de réduction du salaire au sens de la jurisprudence. En l'espèce, bien que des douleurs aient été rapportées par les médecins de la CRR et le Dr I_____, ceux-ci n'en ont pas inféré de diminution de la capacité de travail, et il n'existe comme on l'a vu aucun élément médical qui justifierait que l'on se distancie de leur appréciation. En ce qui concerne l'âge et l'éventuel abattement qu'il peut justifier en matière d'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a considéré que ce facteur n'était pas déterminant chez des assurés âgés de 52 ans et 59 ans respectivement (arrêts du Tribunal fédéral 8C_576/2022 du 1er juin 2023 consid. 6.2.3 et 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2). On ne peut parvenir à une autre conclusion dans le cas du recourant, qui a atteint l'âge de 54 ans l'année de naissance du droit à la rente. Le manque de formation n'est pas non plus déterminant, dès lors qu'il s'agit d'un facteur étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_474/2010 du 11 avril 2011 consid. 3.2). L'absence de formation n'a en outre pas à être prise en considération dans la fixation de l'abattement, dès lors que les activités simples et répétitives visées par le niveau 1 du TA1_tirage_skill_level ne requièrent par définition pas de formation autre qu'une mise au courant initiale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3). Des connaissances linguistiques limitées – étant précisé que le recourant maîtrise le français à l'oral selon le dossier de l'intimée – sont également un facteur étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3). En outre, les activités simples et répétitives correspondant au niveau 4 jusqu'à l'ESS 2010 et au niveau 1 dès l'ESS 2012 ne supposent par définition pas de bonnes connaissances linguistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_426/2014 du 18 août 2014 consid. 4.2).

L'intimée a fixé l'abattement à 5%, se fondant sur les limitations fonctionnelles du recourant. Ce faisant, elle est restée dans les limites de son pouvoir d'appréciation. Partant, cette réduction du revenu statistique reste adéquate, même si elle se situe peut-être dans la fourchette basse. Cela ne suffit toutefois pas pour que la chambre de céans substitue son appréciation à celle de l'intimée. Ce point du calcul doit ainsi également être confirmé. Il réduit le revenu sans invalidité à CHF 63'328.42.

La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 12,37%, qui sera arrondi à 12% selon les règles (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

**8.3** Compte tenu des éléments qui précèdent, la décision de l'intimée est conforme au droit et doit ainsi être confirmée.

**9.** Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

| La greffière | La présidente |
|---|---|
| Adriana MALANGA | Valérie MONTANI |

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