RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1492/2021 **ATAS/759/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 août 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié rue _____, GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Cédric KURTH — recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE — intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Dana DORDEA, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971, technicien, était employé de l'entreprise B_____, lorsqu'il a subi un accident le 1er février 2017 en glissant sur le sol et en chutant en arrière.

b. Le 9 février 2017, le docteur C_____ a attesté que l'assuré était totalement incapable de travailler dès le 1er février 2017.

c. Le 16 février 2017, la caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations d'assurances pour les suites de son accident professionnel dès le 4 février 2017.

d. Le 20 juillet 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé qu'en l'absence d'élément médical et au vu du type bénin du traumatisme en cause et de la durée de l'incapacité, on pouvait s'attendre à une reprise professionnelle le 2 août 2017.

e. Le 21 juillet 2017, la SUVA a informé l'assuré, que de l'avis de son médecin d'arrondissement, son incapacité de travail à 100% n'était plus justifiée médicalement pour les seules suites de son accident du 1er février 2017. Elle considérait donc qu'il était capable de travailler à 100% dès le 2 août 2017 et le versement des indemnités journalières prendrait fin le 1er août 2017 au soir.

f. Le 16 août 2017, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait repris le travail le 2 août précédent, mais qu'il avait ressenti une violente douleur en soulevant un bidon de 15 litres et avait dû arrêter de travailler.

g. Le 17 août 2017, le docteur E_____ a informé la SUVA que le diagnostic était une forte contusion du dos et à l'épaule droite avec rupture du sus-épineux, une ténosynovite et une tendinose. La récupération était normale et le pronostic bon. Le traitement actuel de l'assuré consistait en de la physiothérapie de récupération. La durée prévisible du traitement était de trois semaines et la reprise du travail prévue pour le 28 août 2017. Il fallait s'attendre à la persistance d'une faiblesse de l'épaule droite.

h. Interpellé le 17 août 2017 en raison de l'échec de la reprise du travail, pour un avis chirurgical spécialisé, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'il s'agissait d'une rechute du cas initial.

i. Le 26 septembre 2017, le Dr E_____ a rapporté une bonne évolution de l'état de santé de l'assuré, sous réserve qu'il souffrait d'acouphènes, de céphalées et de cervicalgies et qu'il devait faire l'objet d'un examen neurologique et ORL. La reprise de travail était prévue pour fin novembre.

j. Le 27 octobre 2017, le docteur G_____, médecin adjoint au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué

qu'en l'absence d'évolution favorable à six mois du traumatisme, il était légitime d'envisager une réinsertion de coiffe chirurgicale, avec une ténodèse du biceps.

k. Le 14 novembre 2017, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule droite avec réinsertion du sus-ténodèse du long chef du biceps épineux et acromioplastie par le Dr G_____.

l. Le 29 novembre 2017, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait changé de médecin traitant et qu'il était dorénavant suivi par le docteur H_____, médecine générale.

m. Le 15 décembre 2017, le Dr H_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était lentement favorable. Il avait des douleurs persistantes et des limitations fonctionnelles de l'épaule droite, des cervicalgies, des céphalées, des vertiges, des acouphènes plus importants le soir et la nuit qui lui troublaient le sommeil et un état anxieux important nécessitant très probablement une prise en charge psychothérapeutique. Le pronostic était lentement favorable. Une reprise de travail n'était pas prévue pour l'instant.

n. Le 25 avril 2018, le Dr G_____ a indiqué, suite à une consultation du 23 avril 2018, à cinq mois et demi de son opération, que l'évolution était favorable sur le plan clinique avec un patient qui avait récupéré des amplitudes fonctionnelles. Ils avaient discuté des modalités de sa reprise professionnelle en tant qu'agent technique en bâtiment avec une reprise professionnelle au 15 mai 2018.

o. Dans un rapport du 5 juin 2018, le Dr D_____ a indiqué, après avoir entendu l'assuré et procédé à des constatations, que la reprise du travail dans le métier antérieur était possible. Il fallait néanmoins retenir des limitations au niveau de la force (en raison d'une perte d'environ un tiers, même si le test dynamique était déjà très supérieur à ce que l'on rencontrait chez un homme de cet âge) et limiter les mouvements extrêmes avec les bras en porte-à-faux et en soulèvement au-dessus des épaules, en particulier sur un seul bras supérieur à 40 kg, et le travail épaule projetée en l'air comme dans un métier de plaquiste, en permanence ou d'une façon très répétée, de même que les ports de charges avec soulèvements supérieurs à 35 kg. Dans ces limitations fonctionnelles, la reprise pouvait se faire à 100% sans restriction ou limitation du rendement dès le 15 mai 2018.

p. Selon une note téléphonique du 6 juin 2018, l'assuré avait informé la SUVA qu'elle pouvait fermer son dossier, car il n'avait plus de traitement médical.

q. Dans un rapport du 10 août 2018, le Dr G_____ a indiqué avoir vu le patient le jour même, après réalisation d'une IRM pour bilan de guérison à six mois post réinsertion arthroscopique. Sur le plan chirurgical, la situation était actuellement consolidée. Sur le plan fonctionnel, une charge maximum de 10 kg était à recommander au niveau du membre supérieur droit dans les futures activités professionnelles du patient.

r. Le 1er octobre 2018, le Dr H_____ a informé la SUVA que l'assuré était totalement incapable de travailler dès le 18 juin 2018 et qu'une reprise du travail n'était pas encore possible.

s. Le 5 octobre 2018, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'un trouble panique. Son état était entretenu par une anxiété invalidante et une préoccupation importante au sujet de son avenir en lien avec son état de santé suite à l'accident. Il était totalement incapable de travailler.

t. Par décision du 6 novembre 2018, la SUVA a alloué à l'assuré des prestations pour l'accident professionnel du 1er février 2017.

u. Selon le rapport établi le 4 décembre 2018 par le Dr D_____ et le docteur J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, ces médecins ont procédé à des constatations et entendu l'assuré. Ils ont conclu que pour les seules anomalies orthopédiques, à plus d'une année de l'intervention chirurgicale, la situation clinique était suffisamment stabilisée pour permettre un bilan assécurologique du cas, ce qui était confirmé par l'IRM de l'épaule droite de juillet 2018. Compte tenu de la difficulté pour l'assuré de réaliser son activité professionnelle habituelle, il était proposé de faire une modification définitive de l'activité avec une reprise de travail dans un métier adapté. Il était conseillé à l'assuré d'éviter les charges supérieures à 15 kg d'une façon répétitive, tous les travaux qui nécessitaient l'utilisation des deux bras au-dessus de la taille et avec les bras en avant, les maniements d'outils lourds, le port de charges répétitif et les sollicitations répétées du bras au-dessus de l'horizontale. Dans un travail adapté, tenant compte de ses limitations, il pourrait travailler avec un horaire complet et un plein rendement.

v. Dans un rapport du 19 septembre 2019, la Dresse H_____ a indiqué que depuis son accident, l'état de santé de l'assuré avait commencé à se péjorer, probablement en raison d'une accumulation d'événements antérieurs et/ou présents (son vécu, sa santé physique notamment depuis son accident et son opération, ses craintes face à l'inactivité et ses difficultés financières). Il avait développé une symptomatologie anxio-dépressive. L'approche thérapeutique était cognitivo-comportementaliste centrée sur l'état dépressif de l'assuré et ses frustrations de ne pas pouvoir travailler à cause de ses douleurs. En lien avec son état de santé somatique à la suite de l'accident, l'assuré présentait une anxiété invalidante et une préoccupation pour son avenir. L'ampleur de sa souffrance psychique actuelle pouvait s'expliquer par son terrain de vulnérabilité familiale, son histoire de vie personnelle, ses problèmes somatiques à la suite de son accident travail et ses douleurs. L'assuré peinait à se mobiliser et à reprendre confiance en lui, à retrouver du plaisir et à s'investir dans des activités nourrissantes, malgré le suivi psychothérapeutique régulier. La pathologie psychiatrique du patient avait des répercussions sur sa capacité de travail.

w. Le 5 décembre 2019, le Dr D_____ a précisé que l'assuré ne pouvait pas faire des travaux utilisant le membre supérieur droit au-dessus du thorax ou nécessitant les deux bras en coordination dans son métier initial de plaquiste, ni soulever les plaques lourdes au-dessus du plan du bassin. Il pouvait manger et se moucher avec le membre de son choix.

B. **a.** Par décision du 26 mars 2020, la SUVA a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, faute d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident et d'une atteinte importante à l'intégrité. Elle a nié sa responsabilité en ce qui concernait les troubles de la sphère psychique de l'assuré.

b. Ce dernier, assisté d'un conseil, a formé opposition à la décision précitée, alléguant que des séquelles organiques de l'accident étaient toujours bien présentes et que ses troubles psychogènes invalidants étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec sa chute du 1er février 2017. Les séquelles psychiques et somatiques de l'accident l'empêchaient d'exercer une quelconque activité professionnelle. Il contestait les limitations fonctionnelles définies par le médecin d'arrondissement ainsi que le calcul du gain d'invalide et estimait avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il était disposé à se soumettre à une expertise médicale pluridisciplinaire.

c. Sur demande du Dr D_____, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a établi le 2 novembre 2020 un rapport, qui retenait que l'assuré était totalement capable de travailler dans une activité adaptée.

d. Dans un rapport du 16 février 2021, le Dr D_____ a procédé à une appréciation médicale, sur la base des pièces du dossier qu'il a résumées. Il a constaté que la situation de l'assuré sur le plan de l'épaule semblait stabilisée avec des séquelles fonctionnelles et la présence d'une petite fissure de la face articulaire du sus-épineux (séquelles chirurgie ou nouvelles atteintes ou évolution dégénérative ?). Un travail de type renforcement pourrait peut-être apporter un soulagement. L'assuré décrivait des douleurs au niveau de l'avant-bras droit et de la main droite que le médecin mettait en rapport avec les images dégénératives de la nuque. Si la reprise de l'activité antérieure semblait compromise, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Les troubles somatiques résiduels, tant anatomiques que fonctionnels, pouvaient se résumer à une arthropathie scapulo-humérale de type périarthrite moyenne.

e. Dans un second rapport du 16 février 2021, le Dr D_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 10% en se référant au tableau numéro 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, périarthrite scapulo-humérale moyenne 10%.

f. Le 24 février 2021, le docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH et médecin-conseil de la SUVA, a estimé que l'assuré avait

subi une simple chute et que le diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par la Dresse H_____ ne pouvait être mis en rapport avec l'événement accidentel.

g. Le 3 mars 2021, le Dr L_____ a considéré que la gravité et la sévérité de la symptomatologie psychique de l'assuré n'étaient en adéquation ni avec la nature de l'accident ni avec les lésions subies ou une évolution, qui était décrite comme favorable. Il subsistait quelques séquelles résiduelles qui visiblement ne compromettaient pas une reprise de travail dans la profession antérieure.

h. Par décision sur opposition du 16 mars 2021, la SUVA a réformé sa décision dans le sens qu'un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% était reconnu à l'assuré et l'a confirmée pour le surplus.

C. **a.** L'assuré, assisté d'un conseil, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 30 avril 2021, concluant à ce qu'une expertise pluridisciplinaire (somatique et psychiatrique) soit ordonnée et à ce que le droit à une rente entière d'invalidité ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% lui soit reconnu, avec suite de dépens valant participation aux honoraires d'avocat pour la procédure visant à l'octroi de l'opposition.

b. Dans sa réponse, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Le recourant a transmis par la suite plusieurs rapports médicaux et radiologiques à la chambre de céans et persisté dans ses conclusions.

d. Le 2 juillet 2021, il a informé la chambre de céans que selon le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, ses lésions et leur aggravation justifiaient rapidement une nouvelle intervention chirurgicale de la coiffe des rotateurs.

e. Dans sa duplique, l'intimée a invité le recourant à se réannoncer sans délai auprès d'elle, si la nouvelle intervention était confirmée et formellement planifiée, afin qu'elle examine les modalités de prise en charge de l'atteinte à l'épaule droite au titre de rechute de l'accident du 1er février 2017. Cela étant, il fallait convenir que le recourant n'apportait pas d'éléments probants susceptibles de mettre en doute la stabilisation de son état de santé au 1er février 2020, les limitations fonctionnelles retenues par les Drs D_____ et K_____ et l'estimation à 10% de l'atteinte à l'intégrité.

f. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 19 janvier 2022.

g. Le 28 février 2022, il a encore transmis à la chambre de céans des pièces médicales complémentaires, notamment un rapport établi par le docteur N_____, médecin chef de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG du 24 janvier 2022, qui l'avait réopéré le 29 octobre 2021 (révision d'une coiffe arthroscopique avec suture du sus-épineux).

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

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

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 30%.

4.

4.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

4.2 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Celles-ci ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

4.3 Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1 phr. 1 LAA).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire, notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

4.4 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

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

5. Rechute

5.1

5.1.1 Le recourant a fait valoir, sur la base d'un rapport du Dr N_____ du 24 janvier 2022, qu'au vu de la lésion visualisable à l'opération (du 29 octobre

2021), chez un patient qui avait présenté des douleurs à la suite d'un retour précoce au travail après une première intervention chirurgicale, il était difficile de parler de récidive, ni de rechute mais plutôt d'une non-guérison et donc d'un échec de traitement suite à un port de charge précoce.

5.1.2 Pour l'intimée, cette appréciation du Dr N_____ ne résistait pas à l'examen des documents médicaux consignés au dossier, qui autorisaient de conclure à la stabilisation du status du recourant au 1er février 2020. Il fallait bien plutôt examiner si les troubles de l'épaule droite affectant le recourant étaient constitutifs d'une rechute de l'accident du 1er février 2017. Or, le recourant n'avait engagé aucune démarche formelle pour se réannoncer auprès d'elle à ce titre.

5.2 La question de savoir s'il s'agit d'une rechute ou de la continuation de la même atteinte peut rester ouverte en l'occurrence, puisque l'intimée admet un lien de causalité en ce qui concerne l'atteinte somatique du recourant. Son refus des prestations est en effet motivé par le fait que l'atteinte somatique permettait selon elle une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'y a donc pas lieu d'examiner plus avant ce premier grief.

6. Capacité de travail

6.1

6.1.1 Dans la décision querellée du 26 mars 2020, l'intimée a retenu qu'il ressortait des rapports du Dr G_____ du 10 août 2018, du Dr K_____ du 2 novembre 2020 et du Dr D_____ du 16 février 2021 que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 31 janvier 2021 et qu'il pouvait travailler à 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

6.1.2 Le recourant a fait valoir que son état n'était pas stabilisé lors de la décision précitée, en produisant un rapport établi par le Dr M_____ le 2 juillet 2021 et un rapport établi par le Dr H_____ le 9 juin 2021, et en faisant valoir que ce dernier avait indiqué que l'IRM du 4 mars 2020 et le rapport du docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 6 mai 2021 confirmaient le bien-fondé de ses plaintes et que le Dr O_____ proposait une réparation de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie, au vu du status clinique et de l'anamnèse.

Le 2 juillet 2021, le recourant a encore produit deux arthro-IRM des 10 juillet 2020 et 16 juin 2021, précisant que le Dr O_____ n'en avait pas eu connaissance, et un rapport du Dr M_____ du 6 mai 2021, lesquels confirmaient, selon lui, ses lésions et leur aggravation et justifiaient l'indication pour une intervention chirurgicale rapide.

6.2 En l'espèce, comme le soutient l'intimée, le Dr G_____ a bien indiqué dans son rapport du 18 juin 2018, après avoir revu le recourant et sur la base d'une IRM, que sur le plan chirurgical, la situation était actuellement consolidée et que sur le plan fonctionnel, une charge maximum de 10 kg était à recommander au

niveau du membre supérieur droit dans les futures activités professionnelles du recourant. Le 2 novembre 2020, le Dr K_____ a estimé que l'assuré était totalement capable de travailler dans une activité adaptée. Enfin, le 16 février 2021, le Dr D_____ a retenu que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée. Sur cette base, l'intimée était fondée à retenir, dans sa décision du 16 mars 2021 qu'au 1er février 2020, l'état de santé du recourant était stabilisé et que celui-ci était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée.

S'agissant du rapport IRM de l'épaule droite du 5 mars 2020, dont l'intimée n'a manifestement pas eu connaissance avant sa décision, mais qui a été établi avant cette dernière, ses conclusions ne font pas état d'une situation laissant penser que l'état de santé de l'assuré ne serait pas stabilisé et qu'une instruction complémentaire se serait justifiée. En effet ce rapport à la teneur suivante : « Discrets remaniements dégénératifs acromio-claviculaire. Minime convexité du bord inférieur de l'interligne acromio-claviculaire. Discrète bursopathie sous-acromiale. Minime amincissement chondral du bord inférieur de l'interligne gléno-huméral. Minime ascension de la tête humérale. Discrets remaniements dégénératifs du bord supérieur et postéro-supérieur de la tête humérale en rapport avec une discrète tendinopathie interstitielle de l'extrémité distale du tendon supra-épineux. En effet, discret amincissement de sa jonction tiers antérieur - tiers moyen avec discrète lésion interstitielle et discrète irrégularité des faces profonde et bursale. Discrète lame d'épanchement situé juste en regard de l'extrémité distale du tendon du supra-épineux. Status post-opératoire avec probable status post-ténotomie du long chef du biceps. »

Ainsi, au moment de la décision du 26 mars 2020, aucun rapport médical ne permettait à l'intimée de penser que l'état de santé du recourant ne serait pas stabilisé et que celui-ci ne pouvait pas travailler à 100% dans une activité adaptée dès le 1er février 2021. Le recourant avait lui-même informé la SUVA le 6 juin 2018, qu'elle pouvait fermer son dossier, car il n'avait plus de traitement médical. Dans ces circonstances, l'intimée était fondée à clore le cas.

Reste à déterminer si les autres pièces médicales produites par la suite par le recourant à l'appui de son recours remettent en cause le bien-fondé de la décision querellée.

Dans son rapport du 6 mai 2021, Dr O_____ a estimé qu'au vu des lésions et de l'âge de l'assuré, il apparaissait légitime de proposer une réparation de sa coiffe des rotateurs sous arthroscopie.

Dans son rapport du 2 juillet 2021, le Dr M_____ a indiqué que l'assuré avait subi les mois précédents des investigations qui avaient confirmé ses plaintes, soit un rapport IRM de l'épaule droite du 5 mars 2020, une arthro-IRM du 10 juillet 2020 et une arthro-IRM du 16 juin 2021, et qui justifiaient pleinement l'indication à une intervention chirurgicale rapidement.

Les rapports des Drs O_____ et M_____ précités apparaissent comme une nouvelle appréciation du cas suite à des examens postérieurs à la décision querellée. Ils ne mettent pas en évidence des faits qui existaient au moment de la décision et qui auraient été ignorés dans les rapports des médecins ayant fondé celle-ci, sous réserve de l'IRM du 5 mars 2020, dont les conclusions n'apparaissent pas déterminantes, comme cela a été déjà été constaté.

Dans son rapport du 6 février 2022, le Dr M_____ a indiqué avoir pris connaissance de l'état de santé du recourant le 8 juillet 2020 et que la médiocre évolution clinique, ses douleurs, l'impotence et l'absence de reprise de travail l'avaient convaincu de pratiquer de nouveaux examens, soit une arthro-IRM de l'épaule le 10 juillet 2021 et une arthro-IRM de l'épaule droite le 16 juin 2021.

Il résulte de ce rapport que le Dr M_____ a estimé nécessaire de procéder à de nouveaux examens le 8 juillet 2020, en raison de la médiocre évolution clinique de l'assuré, de ses douleurs, de l'impotence et de l'absence de reprise de travail, soit la situation du recourant telle qu'il en prenait connaissance plus de trois mois après la décision querellée. Ce rapport ne suffit pas à remettre en cause, même faiblement, les rapports sur la base desquels l'intimée a pris la décision querellée.

Le bref rapport établi le 9 juin 2021 par le Dr H_____ est également postérieur à la décision querellée et il ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, se contentant d'indiquer que celui-ci présentait des douleurs persistantes à l'épaule droite, malgré l'opération de la coiffe qui avait eu lieu dans la même année et la rééducation faite.

Le rapport établi par le Dr N_____ le 24 janvier 2022, à la suite d'une consultation à trois mois de la révision d'une coiffe arthroscopique avec suture du sus-épineux du 29 octobre 2021, ne permet pas non plus de conclure qu'au moment de la décision querellée l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé et ne lui permettait pas une activité professionnelle à 100% dans une activité adaptée.

En conclusion, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé du recourant était stabilisé lors de la décision querellée et qu'il était alors capable de travailler à 100% dans une activité adaptée et il ne se justifie pas de procéder à une instruction complémentaire. Il y a donc lieu de rejeter la demande d'expertise du recourant en ce qui concerne ses atteintes somatiques. Comme l'a indiqué l'intimée dans sa duplique, le recourant doit se réannoncer auprès d'elle, pour qu'elle examine les modalités de prise en charge de cette intervention.

7. Atteinte psychique

7.1

7.1.1 Le recourant a fait valoir que les critères jurisprudentiels permettant de retenir une atteinte psychique en lien de causalité adéquate avec son accident du 1er février 2017 étaient remplis. Le recourant a produit un rapport médical du

Dr M_____ du 6 février 2022, qui retenait que le traitement était encore en cours cinq ans après l'accident, ce qui était visiblement trop long. On pouvait conclure que la durée du traitement était manifestement anormalement longue.

7.1.2 L'intimée estime que tel n'est pas le cas, s'agissant d'un accident banal, voire de gravité moyenne à la limite de la banalité, considérant que l'assuré n'avait pas été confronté à des circonstances particulièrement dramatiques ou à un accident particulièrement impressionnant.

7.2

7.2.1 Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Le Tribunal fédéral a qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, une chute en arrière d'une patineuse suite à laquelle sa tête avait heurté la glace (arrêt du Tribunal fédéral 8C_878/2012 du 4 septembre 2013).

7.2.2 Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles 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 des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à

prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

Dans l'arrêt 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 (consid. 5.4), le Tribunal fédéral a développé sa casuistique en cas de chute. Il a rappelé que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique avait été nié dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2,7 m d'un immeuble en démolition et lui avait percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'avait projeté en avant et il s'était trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Le Tribunal fédéral a encore nié ce caractère dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille. Il l'a en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/2006 du 7 mars 2007 et les références).

Dans un arrêt 8C_175/2010 du 14 février 2011, le Tribunal fédéral a constaté, s'agissant d'un recourant qui invoquait la gravité et la nature particulière de ses blessures, que les séquelles de l'accident se caractérisaient par une mobilité restreinte des trois derniers doigts, par une diminution de la force de préhension de la main ainsi que par une perte de sensibilité de la face dorsale de l'avant-bras. L'utilisation du pouce et l'index étaient possibles. Depuis l'événement accidentel, l'assuré avait tout de même recouvré une certaine fonctionnalité de sa main droite qui lui permettrait de reprendre une activité professionnelle adaptée. Dans ces conditions, et bien que le recourant ait été atteint à sa main dominante, on ne pouvait retenir que les lésions qu'il avait subies étaient, au regard de leurs conséquences purement physiques, d'une gravité et d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). L'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par

manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 ; U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Le Tribunal fédéral a jugé que l'on ne pouvait retenir une durée anormalement longue des soins médicaux, pour un traitement ayant duré environ 16 mois, constituant pour une large part d'ergothérapie, ce qui ne constituait pas un traitement particulièrement pénible et invasif (arrêt 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5).

Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2).

S’agissant du critère des douleurs physiques importantes, il a été admis dans le cas d’une assurée qui présentaient toujours avec une intensité de 7/10, qui allaient persister sa vie durant, l’obligeant à suivre un traitement pénible au long cours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2017 du 10 juillet 2018).

Le Tribunal fédéral a retenu dans un arrêt du 22 janvier 2020 (8C_277/2019 du 22 janvier 2020) que si le critère de la persistance des douleurs physiques avait été à juste titre admis par l'instance précédente, celui-ci n’avait pas revêtu une intensité particulière. En effet, des périodes d'amélioration étaient documentées dans le dossier et il ne ressortait pas des déclarations de l'assuré à son médecin qu'il aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs.

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

7.3 En l’espèce, lors de son accident, le recourant a glissé sur le sol et chuté en arrière, avec réception sur le dos. Il a précisé à la chambre de céans, le 19 janvier 2022, avoir glissé sur le sol mouillé et qu’il ne se souvenait que d’avoir vu le plafond avant de s’évanouir. Dans la mesure où il n’a pas mentionné d’évanouissement lors de son audition par sa SUVA du 22 août 2017 et que ce fait ne ressort pas d’une autre pièce de la procédure, l’on doit considérer qu’il n’est pas établi de façon probante. Au vu de son déroulement, l’accident entre tout au plus dans la catégorie inférieure des accidents de gravité moyenne. Il ne ressort

pas du dossier qu'il y ait eu des circonstances concomitantes dramatiques, ni que la chute ait été particulièrement impressionnante. L'accident a eu lieu le 1er février 2017 et au moment de la décision querellée, l'état de santé était considéré comme stabilisé au 31 janvier 2020, après une opération subie par l'assuré le 14 novembre 2017, dont l'évolution a été qualifiée de favorable par le Dr G_____ le 25 avril 2018 et permettant une reprise professionnelle au 15 mai 2018. L'on ne peut donc retenir que la durée de l'incapacité de travailler a été particulièrement longue. Les lésions physiques subies se limitant à une épaule du recourant ne peuvent pas être qualifiées d'une gravité particulière. Si les douleurs physiques ont persisté, elles n'étaient pas si importantes, puisque le médecin précité retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 15 mai 2018. Le fait que le recourant a subi une rechute le 2 août 2017, avec une déchirure liée au port de charges lourdes, peut être considéré comme une difficulté apparue au cours de la guérison, mais celle-ci apparaît d'une importance relative. Le fait que l'assuré a fait l'objet d'une seconde opération n'apparaît pas lié à des erreurs dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident. Le critère de la durée particulièrement longue du traitement n'est pas non plus rempli, bien que le recourant ait fait l'objet d'une seconde opération le 29 octobre 2021, soit quatre ans après l'accident, les opérations en cause ne pouvant être considérées comme d'une importance notable et n'ayant pas entraîné d'incapacités de travail durables (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3).

En conclusion, l'analyse des critères développés par la jurisprudence ne permet pas de retenir un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques du recourant, dont il n'y a dès lors pas lieu de tenir compte, ceux-ci n'étant pas à la charge de l'intimée.

8. Revenu avec invalidité

8.1 L'intimée a pris en compte pour déterminer le taux d'invalidité du recourant un revenu avec invalidité de CHF 68'082.- sur la base des ESS 2016 pour une activité simple et non qualifiée, compte tenu du fait que le marché offrait suffisamment de possibilités d'emplois au vu des limitations fonctionnelles retenues et qu'il n'y avait pas lieu d'opérer un abattement sur le niveau de compétence 1.

8.2

8.2.1 Le recourant estime qu'il n'y a pas lieu de retenir un hypothétique gain exigible dans diverses et non spécifiées activités adaptées, car cela ne tenait pas compte de ses souffrances physiques et psychiques, de ses limitations, de sa formation, de son absence de travail durant des années, de son âge et du marché du travail.

8.2.2 L'intimée a répondu qu'elle avait retenu un niveau de compétence 1, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant pas

de qualifications professionnelles particulières, qui compensait un arrêt travail de quelques années et qui comprenait une multitude d'activités légèrement et moyennement contraignantes. Le recourant n'exposait pas en quoi ses perspectives salariales seraient concrètement réduites sur le marché du travail en raison de son âge, encore inférieur à 50 ans au moment où la décision entreprise avait été rendue. Une formation insuffisante était un facteur étranger à l'invalidité. Le revenu exigible était défini sur un marché du travail équilibré et il avait été correctement arrêté sur la base des salaires statistiques.

8.3

8.3.1 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 (art. 16 LPGA), 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 la question de savoir si un invalide 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 (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). 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 d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

Notre Haute Cour a ainsi considéré, dans un arrêt 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 que les limitations fonctionnelles présentées par une assurée, souffrant de lombosciatalgies gauches irritatives L5 sur hernie intraforaminale L5 S1 gauche (pas de port de charges supérieur à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon répétitive ou contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, diminution du périmètre de marche à 20 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, possibilité d'alterner les positions assise/debout au minimum deux fois par heure [de préférence à sa guise], pas d'activité en terrain instable, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'exposition à des machines ou outils provoquant des vibrations de 5 Herz ou moins) représentaient des mesures classiques d'épargne lombaire en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie susmentionnée. Pour le Tribunal fédéral, il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées auxdites limitations et accessibles sans aucune formation particulière (consid. 4).

Dans un autre arrêt, le Tribunal fédéral a également considéré qu'il y avait suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains. De tels emplois existent également dans les entreprises liées à la production, raison pour laquelle il a jugé qu'une restriction du marché du travail à considérer ne s'imposait pas au secteur des services (arrêt du Tribunal fédéral 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4 et les références).

En revanche, dans l'arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, le Tribunal fédéral voyait mal comment une assurée qui devait éviter le port de charges supérieures à 1 kg et les mouvements de bras au-dessus de l'horizontale et ne disposait que d'une force de préhension et de serrage limitées, pourrait travailler dans le secteur de la vente. Il en allait de même des tâches de vérification ou de contrôle (par exemple de machines automatiques utilisées dans le travail à la chaîne) qui supposaient le maintien d'une même position pendant une certaine durée, ce qui était difficilement compatible avec la restriction mise en évidence par les médecins au niveau de la nuque. Enfin, les empêchements au niveau des bras et des mains limitaient également l'action de l'assurée sur des objets ou machines dont elle devrait contrôler la destination ou le fonctionnement. Quant à l'activité de surveillance proprement dite - exceptée celle de gardien de musée -, elle impliquait dans la plupart des situations la faculté de réagir physiquement à un imprévu (emploi de la force ou courir après quelqu'un), dont l'assurée était

dépourvue. Le Tribunal fédéral avait donc considéré qu'il n'y avait pas d'activité adaptée à l'état de santé de l'assurée (consid. 5.3).

Il en va de même dans l'arrêt 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 dans lequel le Tribunal fédéral a considéré que compte tenu des limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive, pas de travail nécessitant le port de charges avec respiration bloquée et activité en force, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilités de varier les positions assise et debout, diminution du périmètre de marche à environ 20 minutes, pas de marche sur terrain instable, ni de montées ou descentes d'escaliers à répétition, pas de position en génuflexion ou accroupie, pas d'activité requérant un rendement imposé au niveau des membres supérieurs ou la pince pouce-index au niveau du membre supérieur droit contre résistance, pas d'activité minutieuse au niveau du membre supérieur droit), on devait admettre que, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations (en particulier au niveau des membres supérieurs) de l'assuré n'apparaissaient pas suffisantes pour qu'il put mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative (consid. 3 et 4.2.4).

En vertu de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident et celle où l'atteinte à sa capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré. Dans ces deux cas, l'incapacité de gain doit être toutefois imputée au moins partiellement à l'accident. Le revenu hypothétique déterminant pour l'évaluation du degré d'invalidité est alors celui qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Ce système repose sur le fait qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée une invalidité totale, alors qu'elle n'occasionne souvent aucune invalidité chez une personne d'âge moyen. L'art. 28 al. 4 OLAA empêche que l'assuré d'âge avancé dont l'invalidité due à l'accident est peu importante perçoive une rente viagère d'invalidité, qui aurait en l'occurrence le caractère d'une rente de vieillesse. L'assuré d'âge avancé ne percevra donc une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen, présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes (André GHÉLEW / Olivier RAMELET / Jean-Baptiste RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 103). Selon la

jurisprudence, l'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe entre 40 et 45 ans (ATF 122 V 418 consid. 1b).

8.4 En l'espèce, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, ni l'âge du recourant (49 ans en 2020), ni ses limitations fonctionnelles, qui se limitent à l'usage de son membre supérieur droit et au port de charges supérieures à 15 kg, ne l'empêchaient de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique, étant rappelé que seule entre en ligne de compte l'atteinte physique du recourant.

8.5

8.5.1 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée 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. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 7.7 ; 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3).

Dans un arrêt 8C_659/2021 du 17 février 2022, le Tribunal fédéral a considéré, s'agissant d'un assuré qui devait alterner les positions assise et debout, éviter le port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétée, ne pas monter sur des échelles et ne pas se déplacer de manière prolongée, surtout en terrain irrégulier, qu'au regard des activités physiques ou manuelles simples que recouvraient les secteurs de la production et des services (ESS 2018, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1), un nombre suffisant d'entre elles correspondaient à des travaux légers respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré et qu'une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifiait donc pas pour tenir compte des circonstances liées à son handicap.

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

L'absence prolongée du marché du travail n'est pas déterminante dans le contexte d'une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples (arrêts du Tribunal fédéral 9C_777/2015 du 12 mai 2016 c. 5.3 ; 8C_351/2014 du 14 août 2014 consid. 5.2.4.2 et 8C_594/2011 du 20 octobre 2011 consid. 5).

L'âge n'a qu'une importance limitée dans le contexte de l'abattement pour cause d'atteinte à la santé. La jurisprudence a souligné à plusieurs reprises que, selon les enquêtes de l'ESS, l'âge a même plutôt tendance à augmenter le salaire des hommes dans la tranche d'âge de 50 à 64/65 ans pour les postes sans fonction de cadre.

Le fait que la recherche d'un emploi puisse être plus difficile en raison de l'âge est un facteur étranger à l'invalidité qui n'est généralement pas pris en compte dans l'abattement (ATF 146 V 16 consid. 7.2.1).

8.5.2 En l'espèce, dès lors que les activités retenues comme exigibles du recourant sont des activités non qualifiées, le salaire statistique retenu par l'intimée est suffisamment représentatif de ce que le recourant est en mesure de réaliser en tant qu'invalide, 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 (arrêt 8C_175/2020 précité consid. 4.2). Ni l'âge du recourant, ni ses limitations fonctionnelles, ni son absence prolongée du marché ne justifient un abattement, à teneur de la jurisprudence précitée.

9. Atteinte à l'intégrité

9.1

9.1.1 Le recourant estime qu'il a subi une atteinte à l'intégrité de 30% et fait valoir que seule une expertise somatique et psychiatrique permettrait d'établir cette atteinte, qui ne se limitait pas une périarthrite scapulo-huméro moyenne.

9.1.2 L'intimée a fait valoir qu'elle avait fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité du recourant à 10% sur la base d'une appréciation du Dr D_____ du 16 février 2021, qui se fondait sur une nouvelle radiographie sollicitée le 6 mai 2020 et que le recourant n'apportait pas d'élément médical propre à mettre en doute le taux retenu.

9.2

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

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, phr. 1).

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

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

9.2.2 Le 16 février 2021, le Dr D_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 10% en se référant au tableau n°1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles

fonctionnels des membres supérieurs, périarthrite scapulo-humérale moyenne 10%.

Le 3 décembre 2018, le Dr D_____ a retenu qu'il était conseillé à l'assuré d'éviter les charges supérieures à 15 kg d'une façon répétitive, tous les travaux qui nécessitaient l'utilisation des deux bras au-dessus de la taille et avec les bras en avant, les maniements d'outils lourds, le port de charges répétitifs et les sollicitations répétées du bras au-dessus de l'horizontale.

Le 25 avril 2018, le Dr G_____ a indiqué, suite à une consultation du 23 avril 2018, à cinq mois et demi de l'opération, que l'évolution était favorable sur le plan clinique avec un patient qui avait récupéré des amplitudes fonctionnelles.

9.2.3 La périarthrite scapulo-humérale est l'un des types de périarthrites les plus fréquents. La périarthrite est un terme générique utilisé pour désigner une inflammation au niveau d'une des structures d'une articulation. L'articulation scapulo-humérale est la principale articulation de l'épaule. Elle fait la jonction entre la scapula (omoplate) et l'humérus (os du bras). Les périarthrites scapulo-humérales sont caractérisées par la survenue de douleurs inflammatoires à l'épaule. Celles-ci peuvent être permanentes et s'intensifier lors de mouvements des membres supérieurs. Dans certains cas, les douleurs peuvent s'accompagner d'une sensation d'épaule gelée, bloquée ou paralysée. Les mouvements des membres inférieurs peuvent être rendus difficiles, voire impossibles (www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=periarthrite-scapulo-humerale).

9.2.4 La table 1 relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA publiée par la SUVA prévoit les taux d'atteinte à l'intégrité suivants résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs :

- perte fonctionnelle totale 50% ;
- épaule bloquée en abduction 30% ;
- épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale 10% ;
- épaule mobile jusqu'à l'horizontale 15% ;
- épaule, luxation non réduite 25% ;
- épaule, luxation récidivante 10% ;
- périarthrite scapulo humérale légère 0%, moyenne 10% et grave 25%.

9.3 En l'espèce, il ressort des déclarations du recourant à la chambre de céans que l'usage de son bras le rendait douloureux et du rapport établi le 24 janvier 2022 par le Dr N_____ que l'assuré avait présenté des douleurs suite à un retour précoce au travail après une première intervention chirurgicale et que l'évolution, après la seconde opération, était des douleurs évaluées à 5 sur 10, mais en amélioration progressive et une mobilité encore limitée, avec une élévation antérieure active à 80° et passive à 100°, abduction à 90°, rotation externe active à

30° et rotation interne à L3. Au niveau de la force, la coiffe antérieure était à M4 et la coiffe postéro-supérieure à M3+.

Il ne ressort pas des rapports précités que l'épaule droit du recourant serait bloquée, mais plutôt qu'elle est douloureuse, de sorte que l'appréciation du Dr D_____, qui se réfère à la périarthrite scapulo-humérale, apparaît convaincante, étant relevé que les douleurs de l'assuré sont relatives puisqu'elles ne l'empêchent pas de travailler, du point de vue médical.

Dans son rapport du 6 février 2022, le Dr M_____ a indiqué que l'atteinte à l'intégrité accordée par l'intimée était manifestement insuffisante et qu'il était insoutenable de retenir comme atteinte une atteinte similaire à une arthropathie scapulo-humérale moyenne, s'agissant au surplus du membre dominant de l'assuré. Il pensait dès lors raisonnable et cohérent de reconnaître une atteinte de 30%.

Cet avis contraire du Dr M_____ est peu motivé et ne remet pas suffisamment en cause les conclusions du Dr D_____ pour justifier une instruction complémentaire.

10. Dépens pour la procédure d'opposition

10.1

10.1.1 Le recourant a requis l'octroi de dépens valant participation aux honoraires d'avocat pour la procédure visant à l'octroi de l'opposition, dès lors que l'opposition avait été partiellement admise par la SUVA le 16 mars 2021.

10.1.2 L'intimée a fait valoir qu'une allocation de dépens pour la procédure d'opposition ne se justifiait pas.

10.2 Selon l'art. 52 al. 3 LPGA, la procédure d'opposition est gratuite. En règle générale, il ne peut être alloué de dépens.

La seule exception retenue par la jurisprudence est celle de l'opposant qui, en cas de perte du procès, aurait pu prétendre à l'assistance judiciaire (ATF 140 V 116, c. 3.3 ; ATF 132 V 200, c. 4.1 ; ATF 130 V 570, c. 2 ; CR LPGA-Gaudin, art. 52 N 37-39), ce qui n'est pas le cas du recourant.

10.3 En l'espèce, le recourant ne peut se voir octroyer des dépens pour la procédure d'opposition en application de l'art. 52 al. 2 LPGA, dans la mesure où il n'apparaît pas que son cas puisse être assimilé à la seule exception admise par la jurisprudence.

11. Infondé, le recours doit être rejeté.

Le recourant n'obtenant pas gain de cause n'a pas droit à des dépens pour la procédure de recours (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 LPGA et 89H al. 1 LPA).

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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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