

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1492/2021

ATAS/1024/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2025

Chambre 4

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Cédric KURTH, avocat

contre

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

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Antonio Massimo
DI TULLIO, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971, est technicien, était employé de l'entreprise B_____Sàrl, lorsqu'il a subi un accident, le 1^{er} 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 1^{er} 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 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 1^{er} 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 1^{er} 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 l et avait dû arrêter de travailler.
- g.** Le 27 octobre 2017, le docteur E_____, 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.
- h.** 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 E_____.
- i.** 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 F_____, médecine générale.
- j.** Le 25 avril 2018, le Dr E_____ a indiqué, suite à une consultation du 23 avril 2018, à cinq mois et demi de l'opération de l'assuré, 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.

k. 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.

l. Dans un rapport du 10 août 2018, le Dr E_____ 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.

m. Le 1^{er} octobre 2018, le Dr F_____ 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.

n. Le 5 octobre 2018, la docteure G_____, spécialiste 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.

o. Par décision du 6 novembre 2018, la SUVA a alloué à l'assuré des prestations pour l'accident professionnel du 1^{er} février 2017.

p. Selon le rapport établi le 4 décembre 2018 par le Dr D_____ et le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, 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 asséurologique 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.

q. Dans un rapport du 19 septembre 2019, la Dre G_____ 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.

r. 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.

s. Le 6 décembre 2019, la SUVA a annoncé à l'assuré la clôture de son cas, avec un terme du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 janvier 2020. Elle allait encore examiner si d'autres prestations en espèces pouvaient lui être allouées.

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 (ci-après : IPAI), faute d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident et d'une atteinte importante à l'intégrité. Elle a en outre 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 1^{er} 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'invalidité et estimait avoir droit à une IPAI. Il était disposé à se soumettre à une expertise médicale pluridisciplinaire.

c. Sur demande du Dr D_____, le docteur I_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a estimé, le 2 novembre 2020, que l'assuré était totalement capable de travailler dans une activité adaptée.

d. Le 16 février 2021, le Dr D_____ a procédé à une appréciation médicale, sur la base des pièces du dossier de l'assuré. Il a constaté que sa situation 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 ?). 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 n. 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, périarthrite scapulo-humérale moyenne.

f. Le 24 février 2021, le docteur J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie 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 Dre G_____ ne pouvait être mis en rapport avec l'événement accidentel.

g. Le 3 mars 2021, le Dr J_____ 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 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 du 26 mars 2020, en reconnaissant à l'assuré le droit à une IPAI de 10%, en la confirmant 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 (ci-après : la chambre de céans) 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 IPAI 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 K_____, spécialiste 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. Par arrêt du 31 août 2022 (ATAS/759/2022), la chambre de céans a rejeté le recours, estimant que l'intimée avait retenu à juste titre que l'état de santé du recourant était stabilisé au 1^{er} février 2020 et qu'il était alors capable de travailler à 100%. L'analyse des critères développés par la jurisprudence ne permettait pas de retenir un rapport de causalité adéquate en l'accident et les troubles psychiques du recourant et ceux-ci n'étaient donc pas à la charge de l'intimée. Elle a confirmé que le recourant n'avait pas droit à une rente d'invalidité et l'IPAI de 10% octroyée.

D. a. L'assuré a formé recours contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à une IPAI de 30%.

b. Dans son arrêt du 14 juillet 2023 (8C_591/2022), le Tribunal fédéral dernier a partiellement admis le recours, annulé l'arrêt de la chambre de céans du 31 août 2022 et renvoyé la cause à cette dernière pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a considéré en substance que la chambre de céans n'avait pas pris suffisamment en compte le rapport du Dr K_____ du 6 février 2022, lequel avait retenu le diagnostic d'une re-déchirure du tendon du sus-épineux dont il avait fait remonter l'origine au 18 juin 2018 à la suite d'un port de charge excessive. Il avait en effet apporté un autre éclairage que le Dr D_____, selon lequel la rechute annoncée en juin 2018 avait consisté en une simple récurrence douloureuse des suites de l'intervention du 14 novembre 2017 suivie d'une stabilisation de l'état de santé du recourant au 1^{er} janvier 2020. Aucun des médecins dont l'appréciation avait servi à fonder la décision de l'intimée ne s'était exprimé sur les éléments avancés par le Dr K_____. Le fait que le recourant avait été opéré en octobre 2021 pour une révision et suture du tendon du sus-épineux tendait à renforcer l'appréciation émise par le Dr K_____ selon lequel l'état du recourant n'était pas stabilisé.

Il s'ensuivait que la Cour cantonale n'était pas fondée à confirmer la décision de l'intimée, qui avait clos le cas et octroyé au recourant une IPAI de 10%. En effet, la stabilisation de l'état de santé constituait la condition *sine qua non* pour procéder à la clôture du cas d'assurance selon l'art. 19 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) et mettre fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières. Il convenait par conséquent de renvoyer la cause aux juges cantonaux, pour qu'ils mettent en œuvre une instruction complémentaire en vue de départager les opinions des Drs D_____ et K_____ à cet égard. Sur la base du résultat de cette instruction, il appartiendrait à la Cour cantonale d'en tirer les conséquences juridiques sur le droit aux prestations du recourant. À l'intention de ce dernier, le Tribunal fédéral relevait qu'à ce stade de la procédure, l'examen du lien de causalité naturelle et adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident ainsi que de son droit éventuel à une rente d'invalidité était prématuré, cet examen devant

se faire au moment de la clôture du cas, qui faisait justement l'objet de la divergence d'opinion entre les médecins précités.

c. Par ordonnance du 24 novembre 2023 (ATAS/912/2023), la chambre de céans a ordonné une expertise qu'elle a confiée au docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

d. Le Dr L_____ a rendu rapport d'expertise le 1^{er} juillet 2024.

e. Le 14 août 2024, l'intimée a estimé que son expertise revêtait une pleine valeur probante et qu'il en résultait non seulement que l'octroi d'une IPAI de 10% n'était pas due et que le terme des prestations de l'assurance-accidents aurait dû être fixé au 18 juin 2018.

f. Le 21 octobre 2024, le recourant a fait valoir que le rapport d'expertise de l'expert semblait constituer un réquisitoire à l'encontre du Dr K_____. Ces derniers avaient travaillé ensemble par le passé et il semblait qu'ils étaient en conflit. Dans ce contexte, l'audition du premier spécialiste ayant opéré le recourant, le Dr E_____, s'imposait.

Le recourant a notamment produit un rapport établi le 9 septembre 2024 par le Dr K_____.

g. Le 12 novembre 2024, l'intimée a fait valoir que les observations du Dr K_____ n'étaient pas susceptibles de remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise, dès lors qu'il était le médecin traitant du recourant.

h. Le 27 novembre 2024, le recourant a estimé que le fait que le Dr K_____ était son médecin traitant ne suffisait pas à remettre en cause la valeur probante de son rapport d'expertise.

Le recourant transmettait encore un rapport établi par la Dre G_____, qui apportait un éclairage sur la comorbidité affectant clairement son état de santé. Cet aspect des souffrances et ses limitations n'avaient pas été scientifiquement étudiés par l'expert qui n'était pas compétent pour le faire. Il était indéniable que des problématiques d'ordre psychiatrique induites par l'accident et son traitement étaient une composante incontournable de son état de santé et de son atteinte concrète à sa capacité de travail.

i. Le 6 janvier 2025, l'intimée a rappelé qu'elle n'avait pas à répondre des troubles de la sphère psychique du recourant.

j. Le 16 avril 2025, la chambre de céans a demandé à l'intimée de préciser ses conclusions à la suite de l'expertise judiciaire.

k. Le 6 mai 2025, l'intimée a répondu que l'expertise permettait de retenir que le terme des prestations d'assurances devait être fixé à compter du 18 juin 2018 et que son refus de reconnaître le droit du recourant à une rente d'invalidité se justifiait donc pleinement. En revanche, elle ne pouvait persister dans les termes de la décision entreprise, en ce qui concernait l'IPAI, la reconnaissance d'un

dommage permanent de 10% s'avérant erronée. Elle concluait qu'il y avait lieu de mettre un terme à toutes les prestations d'assurances avec effet *ex nunc pro futuro*, en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 130 V 380).

l. Le 23 juin 2025, le recourant a transmis à la chambre de céans un nouveau rapport du Dr K_____ établi le 24 mai 2025, qui actualisait son rapport précédent. Il rappelait que, suite à l'infiltration prodiguée au poignet droit du recourant en automne 2023 et jusqu'à ce jour, son poignet gardait une douleur invalidante avec une nette diminution de la force de préhension de la main droite. Il y avait dès lors lieu de retenir une atteinte à l'intégrité de 40% (périarthrite de l'épaule grave 25% et arthrodèse radiocarpienne 15%). La perte fonctionnelle en tenant compte uniquement de l'état de santé somatique était évaluée à 50% en pleine cohérence avec l'atteinte à l'intégrité.

À la perte fonctionnelle somatique s'ajoutait la perte fonctionnelle liée à son état de santé psychique, qui avait été occulté jusqu'ici par l'expertise et l'intimée. Ses souffrances du point de vue psychique étaient toujours actuelles et en lien direct avec l'accident et le traitement de l'accident par l'intimée, notamment les conseils destructeurs de ses médecins-conseils visant à épargner des indemnités et le déni de la réalité de ses souffrances, notamment psychiques, témoignée jusqu'ici impliquant une si longue procédure. La gestion du cas par l'intimée avait également contribué à la détérioration de son état psychique et à renforcer sa détresse.

La Dre G_____, dont le recourant transmettait un rapport médical du 26 mai 2025, rappelait qu'il était en arrêt de travail effectif depuis plus de huit ans désormais (1^{er} février 2017).

m. Le 8 octobre 2025, la chambre de céans a informé le recourant qu'elle pourrait, sur la base de l'expertise judiciaire, lui nier le droit à une IPAI alors qu'une telle indemnité lui avait été octroyée par la décision sur opposition de l'intimée du 16 mars 2021. Dans la mesure où l'arrêt de la chambre pourrait avoir des conséquences négatives sur sa situation, un délai au 29 octobre 2025 lui était octroyé pour faire ses observations à ce sujet ou retirer son recours.

n. Le 2 décembre 2025, le recourant a informé la chambre de céans qu'il maintenait son recours. Il sollicitait l'audition de ses médecins traitants, qui ne partageaient pas l'avis de l'expert, avant une probable contre-expertise. Le tribunal était en outre invité à établir si le Dr L_____ était au bénéfice de la certification d'expert SIM, qui assurait la qualité de l'expertise rendue dans le domaine des assurances.

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 LAA.

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

2. Le délai de recours est de 30 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 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, 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 ; 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 ; 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, 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 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 LPG) 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 LPG) 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 et 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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 ; 135 V 465 consid. 4).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5. Il convient de déterminer en premier lieu si l'état de santé du recourant était stabilisé au 1^{er} février 2021 et si non, depuis quand il l'est devenu.

5.1 L'expert L_____ a retenu deux diagnostics en relation de causalité quasi certaine avec l'accident du 1^{er} février 2017, la lésion sub-totale du bord antérieur du sus-épineux de l'épaule droite, avec instabilité latérale du tendon du long chef

du biceps, et son *status* post-arthroscopie opératoire de l'épaule droite, avec une intervention le 14 novembre 2017. Il a relevé que l'évolution avait été progressivement favorable suite à l'intervention avec un retour à la quasi normale observé par les deux médecins-conseils de l'intimée ainsi que par le Dr E_____, le 25 avril 2018. L'arrêt de travail avait été justifié jusqu'au 17 juin 2018. L'épisode du 18 juin 2018 ne correspondait pas à un accident, car ce jour-là, lors de la reprise de son travail, il n'y avait pas eu de nouvelle chute du recourant, ni mouvement brusque ou incontrôlé, mais uniquement un port de charges, les bras pendant le long de son corps, sans aucun effort d'antépuulsion ou d'abduction. Donc, il s'agissait seulement d'une décompensation non traumatique d'un état maladif préexistant au niveau de la coiffe postéro-supérieure de l'épaule droite. L'incapacité de travail qui avait suivi cet événement n'avait pas une cause accidentelle, mais malade. On pouvait affirmer qu'à partir du 18 mars 2024, date de l'examen clinique du recourant, donc deux ans et demi après la deuxième intervention de son épaule droite, l'état final avait été atteint. Toute continuation d'un traitement médical aurait été futile et pas de nature à amener une vraie amélioration au niveau du fonctionnement de son épaule droite. Le seul traitement encore envisageable était un traitement à domicile avec des exercices quotidiens de renforcement de la coiffe des rotateurs effectués par le recourant. En ce qui concernait l'épaule gauche, il avait retrouvé une fonction quasiment normale de celle-ci. L'état final avait été à peu près atteint le jour de son examen clinique le 18 mars 2024. Tout autre traitement que des exercices à domicile ne semblaient plus nécessaires.

L'expert judiciaire a précisé être globalement en désaccord avec le rapport établi le 2 juillet 2021 par le Dr K_____. Il fallait bien distinguer l'origine traumatique et non traumatique de l'atteinte à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant. On avait donc d'une part clairement ce qui semblait être une atteinte post-traumatique de l'aspect antérieur du sus-épineux qui avait été opérée avec succès au mois de novembre 2017, avec une IRM de contrôle six mois plus tard mettant en évidence une bonne cicatrisation et une bonne réinsertion de ce tendon sans récurrence de lésions au niveau de la partie antérieure du sus-épineux de l'épaule droite. D'autre part, il y avait une atteinte de la coiffe supéro-postérieure d'allure dégénérative et évolutive qui n'avait aucun lien de causalité, avec une probabilité de moins de 50 %, avec l'accident du 1^{er} février 2017. Les IRM successives de cette épaule droite des 4 mars 2020, 21 juillet 2020 et 16 juin 2021 confirmaient l'atteinte de la partie postéro-supérieure de la coiffe avec une partie antérieure, site de la chirurgie réparatrice, absolument intacte. La fameuse petite fissuration, qui finalement ne représentait qu'un petit clivage au niveau de l'aspect moyen du sus-épineux visualisé sur l'arthro-IRM du 10 juillet 2020, ne correspondait pas à une récurrence ou à une nouvelle lésion, mais simplement à des séquelles de cicatrisation post opératoires sans aucune importance. D'ailleurs, la chirurgie de révision de la coiffe de l'épaule droite du 29 octobre 2021 ne parlait pas de lésion de la coiffe antérieure, mais bien d'une réparation de la coiffe

postéro-supérieure. L'événement du 18 juin 2018, qui ne constituait pas un événement accidentel, n'avait pas créé une nouvelle lésion de cette coiffe de l'épaule droite, comme prétendu par le Dr K_____, et les douleurs ressenties après cet événement du 18 juin 2018 ne représentaient pas non plus un échec du traitement chirurgical de cette épaule droite du 14 novembre 2017, mais avaient simplement permis de mettre en exergue la manifestation clinique de la pathologie dégénérative et évolutive de la coiffe postéro-supérieure de cette épaule droite, qui était déjà perceptible sur l'IRM du 4 avril 2017 et les suivantes. Ainsi, contrairement à ce qu'estimait le Dr K_____, la situation de l'épaule droite du recourant en relation avec l'événement du 1^{er} février 2017 était largement stabilisée le 18 juin 2018 (recte : 2018) avec une probabilité de plus de 50%.

L'expert a indiqué rejoindre globalement l'avis du Dr D_____ en lien avec son rapport du 24 mai 2018, lequel mettait en évidence un bon résultat de l'intervention du 14 novembre 2017 et proposait de limiter les mouvements en porte-à-faux, donc au-dessus des épaules, et d'éviter de soulever des charges au-dessus des épaules de plus de 40 kg par bras, ce qui correspondait tout à fait aux mesures d'usage après une intervention sur la coiffe. Quant à la reprise de travail sans autres restrictions que celles précitées, il était raisonnable de la proposer aux dates indiquées par le Dr D_____, à savoir autour de mai-juin 2018.

L'expert rejoignait également l'avis du Dr D_____ du 16 février 2021. Effectivement, suite à l'IRM du 10 juillet 2018 de l'épaule droite du recourant et à l'examen clinique par le Dr D_____ du 24 mai 2018, on pouvait estimer que la situation en relation directe avec l'accident, pouvait être considérée comme stabilisée aussi bien cliniquement que radiologiquement avec une probabilité de plus de 50%. En effet, la décompensation progressive qui, à ce moment-là n'était pas encore bien visible, de la coiffe postéro-supérieure de cette épaule droite n'était absolument pas en relation avec l'accident au 1^{er} février 2017. La proposition de modifier l'activité professionnelle du recourant d'une manière définitive semblait également judicieuse ainsi que la reprise d'un travail à 100% tenant compte des modifications d'activité professionnelle susmentionnées. Par contre, on aurait dû fixer la reprise de travail au 18 juin 2018, si on ne tenait compte que des facteurs/lésions en lien direct avec une probabilité de plus de 50% avec l'accident du 1^{er} février 2017 et des lésions qui avaient suivi cet événement. L'expert rejoignait les conclusions du Dr D_____ en ce qui concernait visuellement la dégradation des capacités fonctionnelles de l'épaule droite du recourant et, comme il avait l'air de le mentionner, l'origine de cette dégradation était à mettre sur le compte d'une arthropathie progressive avec atteintes dégénératives progressives de la coiffe postéro-supérieure de l'épaule droite sans aucune relation avec l'accident du 1^{er} février 2017.

La chambre de céans considère que l'expertise judiciaire répond aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les critiques formées à

son encounter par le recourant et le Dr K_____ ne suffisent pas à la remettre sérieusement en cause. Contrairement à ce qu'indique le recourant, le rapport d'expertise ne constitue pas un réquisitoire personnel contre le Dr K_____. En effet, le Dr L_____ s'en tient à une analyse médicale du cas et explique en quoi la sienne est différente de celle du Dr K_____, sans remarque d'ordre personnel ou déplacée. Sa motivation est convaincante, dans la mesure où il se réfère aux IRM et aux constats faits lors de l'opération de l'épaule du recourant en 2021. Enfin, la certification SIM n'est pas une exigence légale pour les experts judiciaires.

Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant était bien stabilisé à tout le moins au 31 janvier 2020, comme l'a retenu l'intimée dans la décision querellée.

6.

6.1

6.1.1 Le recourant a fait valoir que les critères jurisprudentiels permettant de retenir une atteinte psychique en lien de causalité adéquate avec son accident du 1^{er} février 2017 étaient remplis. Le recourant a produit un rapport médical du Dr K_____ 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 en conclure que la durée du traitement était manifestement anormalement longue.

6.1.2 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 le recourant n'avait pas été confronté à des circonstances particulièrement dramatiques ou à un accident particulièrement impressionnant.

6.2

6.2.1 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 ; 115 V 133 consid. 6 ; 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 ; 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).

6.2.2 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 ; 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 ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 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 était possible. 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 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 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).

6.3 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 se souvenait seulement d'avoir vu le plafond avant de s'évanouir. Dans la mesure où il n'avait pas mentionné d'évanouissement lors de son audition par l'intimée 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 1^{er} février 2017 et, selon l'expert L_____, l'arrêt de travail n'était justifié que jusqu'au 17 juin 2018. Après l'opération du 14 novembre 2017, le Dr E_____ a estimé, le 25 avril 2018, que l'état de santé du recourant permettait 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, elles 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 a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 15 mai 2018.

Le fait que le recourant a subi le 2 août 2017 une déchirure en portant une charge lourde ne peut être considéré comme une difficulté apparue au cours de la guérison, car cette atteinte n'était pas en lien de causalité avec l'accident assuré.

Le fait que l'assuré ait fait l'objet d'une seconde opération n'est 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, car l'opération le 29 octobre 2021 ne concernait pas une atteinte en lien de causalité avec l'accident en cause.

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.

7.

7.1 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'emploi au vu des limitations fonctionnelles retenues et qu'il n'y avait pas lieu d'opérer un abattement sur le niveau de compétence 1.

7.2

7.2.1 Le recourant estime qu'il n'y avait 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.

7.2.2 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.

7.3

7.3.1 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 LPG), 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 LPG, 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 et 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).

Le Tribunal fédéral 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 genuflexion 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 OLAA, 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).

7.4 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 en lien de causalité avec l'accident.

7.5

7.5.1 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 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; 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 ; 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'invalidé n'est en principe pas appliqué pour des personnes assurées dont la dernière activité impliquait des travaux physiquement contraignants et qui, après la survenance d'une atteinte à la santé, ne peuvent exercer plus qu'un travail légèrement ou moyennement contraignant, mais sans limitation de l'horaire de travail ni baisse de rendement, parce que le salaire statistique retenu dans leur cas est tiré d'un tableau de l'ESS correspondant à un faible niveau d'exigence englobant un grand nombre de tâches légères ou moyennement lourdes et que la personne assurée n'a pas à subir de ce seul fait une diminution de son revenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et références).

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).

7.5.2 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.

8.

8.1

8.1.1 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.

8.1.2 L'intimée a fait valoir qu'elle avait fixé l'IPAI 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.

8.2

8.2.1 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'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} 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, 2^{ème} 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).

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

8.2.2 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%.

Dans son rapport du 6 février 2022, le Dr K_____ 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%.

L'expert judiciaire a, quant à lui, considéré que le recourant ne présentait pas une atteinte à l'intégrité définitive en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident. Il a précisé avoir constaté lors de son examen clinique qu'il persistait un handicap et des douleurs au niveau de l'épaule droite du recourant lors de l'activité dite « *over-head* » et donc de la mobilisation dans les extrêmes de cette épaule droite, mais cela était sans relation, avec une probabilité d'au moins de 50%, avec l'événement du 1^{er} février 2017. Il persistait également, bien que cela soit difficile à mettre en évidence, des cervicalgies, avec irradiations douloureuses dans le membre supérieur droit du recourant, mais qui n'étaient pas non plus en relation de causalité avec l'événement du 1^{er} février 2017.

Sur la base des conclusions probantes de l'expert judiciaire, qui ne sont pas sérieusement remises en cause tant par le Dr D_____ que par le Dr K_____, il y a lieu de nier au recourant le droit à une IPAI.

Il sera précisé à ce sujet que, selon l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties et qu'il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé. Il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. En l'occurrence, le recourant a été informé du risque de réformation de la décision querellée à son détriment s'agissant de l'IPAI et il a choisi de maintenir son recours.

9.

9.1

9.1.1 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 l'intimée le 16 mars 2021.

9.1.2 Cette dernière a fait valoir qu'une allocation de dépens pour la procédure d'opposition ne se justifiait pas.

9.2 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 ; 132 V 200, c. 4.1 ; 130 V 570, c. 2 ; CR LPGA-Gaudin, art. 52 N 37-39).

9.3 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.

10. 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

A 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

Janeth WEPF

La présidente

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