



POUVOIR JUDICIAIRE

A/160/2018

ATAS/897/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 1<sup>er</sup> octobre 2019**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à BERNEX, comparant avec recourant  
élection de domicile en l'étude de Maître Razi ABDERRAHIM

contre

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS intimée  
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,  
LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître Anne MEIER

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ ou B\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1964, était directeur de l'entreprise C\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : l'entreprise). Selon l'extrait du registre du commerce (ci-après : RC) le but social était la création, la construction et la rénovation dans le domaine du bâtiment, le transport ainsi que l'étude et le conseil dans ces domaines d'activité, l'exploitation d'un bureau d'architecture. La société avait été inscrite le 27 juillet 2007. Depuis ladite inscription, l'assuré était associé gérant pour une part de CHF 19'000.- avec signature individuelle. À ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la CNA).
2. Le 15 janvier 2013, l'assuré a été victime d'un accident professionnel sur le chantier d'une villa. Selon la déclaration d'accident bagatelle du 17 janvier 2013, alors qu'il portait des planchettes, celles-ci lui étaient tombées des mains. Il avait alors ressenti des douleurs au bras (gauche). Puis, dans la déclaration de sinistre LAA du 8 avril 2013, il a indiqué qu'en transportant des poutres et du plâtre avec un collaborateur, ceux-ci leur étaient tombés dessus. Il travaillait pour l'entreprise depuis le 9 janvier 2012, à raison de quarante-deux heures par semaine.
3. Selon le rapport du 30 avril 2013 relatif à l'IRM de l'épaule gauche du même jour, l'assuré présentait une lésion fissuraire du labrum postéro-supérieur à antéro-supérieur accompagnée d'un kyste paralabral mesurant 3 cm.
4. Dans un rapport faxé le 15 mai 2013 à la CNA, le docteur D\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste, a exposé que, selon le patient, celui-ci était tombé avec réception sur son épaule gauche. Le médecin traitant avait constaté des douleurs invalidantes à l'épaule gauche et au coude gauche. Il a diagnostiqué une lésion du bourrelet glénoïdien gauche et a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 15 janvier 2013.
5. Le 5 novembre 2013, à l'occasion d'un entretien à domicile avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a expliqué qu'il était patron de sa petite entreprise. Selon les périodes, il engageait plusieurs ouvriers en fonction du volume de travail. Il s'agissait d'une petite structure. Il devait effectuer toutes les tâches comme ses ouvriers, à savoir peinture en bâtiment, carrelage, constructions diverses, déménagements, chauffeur poids-lourds, etc. Il s'agissait d'une activité passablement physique, essentiellement sur les chantiers. Il était divorcé et père de deux enfants âgés de 13 et 14 ans. Il n'avait pas droit aux allocations familiales.
6. Le 20 novembre 2013, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule gauche avec synovectomie, bursectomie et acromioplastie, ainsi qu'une ténodèse du long chef du biceps gauche et réparation du tendon du sus-épineux gauche.

- 
7. Selon la lettre de sortie du 2 décembre 2013 établie par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, l'assuré avait été victime d'un traumatisme de l'épaule gauche par traction en voulant déplacer des planches six mois auparavant. Les diagnostics posés étaient une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule gauche avec tendinopathie du long chef du biceps et lésion type SLAP II (lésion antéropostérieure du labrum supérieur) de l'épaule gauche.
  8. Questionnée par la CNA sur le gain de l'assuré qui aurait été soumis à l'AVS en 2013 et 2014 si ce dernier n'avait pas été victime de l'accident du 15 janvier 2013, l'entreprise a répondu, le 26 février 2014, qu'il aurait été de CHF 180'000.-, plus treizième salaire de CHF 15'000.-, aussi bien en 2013 qu'en 2014.
  9. Dans un rapport du 3 avril 2014 adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution lentement favorable. L'assuré présentait des douleurs à l'effort. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % dès le 15 juillet 2013 et pour une durée indéterminée. Les restrictions consistaient en l'absence de port de charges de plus de 2-5 kg, de mobilisation répétitive de l'épaule gauche et de mobilisation de cette épaule au-dessus du buste. L'activité exercée était encore exigible médicalement, mais pas actuellement. Dans une activité adaptée sans les restrictions décrites, l'assuré était apte au travail à 100 %.
  10. Le 14 juillet 2014, lors d'un entretien téléphonique avec une spécialiste en réinsertion de la CNA, l'assuré a indiqué que, depuis début juillet, il avait repris son activité à 20 %. Celle-ci se limitait à la partie administrative.

Lors d'un entretien téléphonique du 23 septembre 2014, il a précisé que l'accident était survenu alors qu'il démontait un plancher avec son ouvrier, à savoir qu'il tirait les planches pendant que celui-ci les levait vers le haut. Lorsque « ça a[vait] lâché », ils étaient tombés et les planches étaient tombées sur eux. Son ouvrier avait été blessé aux jambes et lui au bras. D'après le rapport de la spécialiste en réinsertion du 29 octobre 2014, l'assuré avait travaillé dans le bâtiment, principalement dans la peinture et dans la décoration d'intérieur. Actuellement, il faisait un peu d'administratif, répondait aux téléphones des clients, surtout s'agissant des réclamations. Il avait une secrétaire dès lors qu'il n'écrivait pas le français. Il souhaitait surtout montrer sa présence afin de ne pas perdre ses clients. Il ne pouvait pas se rendre sur les chantiers car il était trop fatigué et souffrait beaucoup.

11. Selon le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 2 mars 2015, l'état était inchangé avec des douleurs fluctuantes de l'épaule gauche, surtout à la mobilisation, et un déficit fonctionnel. Une IRM de contrôle, effectuée le 13 mars 2015, mettait en évidence une coiffe des rotateurs en continuité avec une lésion partielle du tendon supra-épineux qu'il proposait de traiter conservativement. L'assuré présentait également une tendinopathie du supra-épineux gauche. En cas d'évolution stagnante, il organiserait une infiltration sous-acromiale. Il a attesté une reprise du

---

travail à 20 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 (recte : 2014) dans une activité de bureau. Par la suite, il a établi régulièrement des certificats médicaux certifiant que l'assuré était en reprise de travail dans une activité administrative à 20 %.

12. Le 7 août 2015, l'assuré a été examiné par le docteur F\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 10 août 2015, ce dernier a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs persistantes à la face externe de l'épaule gauche et à la face postérieure avec irradiation vers la nuque. Sur le plan professionnel, il avait cinq employés dans sa société. Il était titulaire d'un certificat d'architecte d'intérieur. Il avait subi deux infiltrations avec un bénéfice finalement très limité. À la mobilisation active de l'épaule gauche, le Dr F\_\_\_\_ a constaté notamment une abduction de 60°, une antéflexion de 80° et une rotation externe de 30°, à savoir des mobilités articulaires inférieures à celles mises en évidence par le chirurgien traitant deux mois auparavant. Globalement, il persistait une limitation et on se retrouvait avec une épaule atteignant le plan de l'horizontale. Une activité comportant le port de charges du côté gauche n'était pas exigible actuellement. Dans une activité professionnelle réalisée indifféremment en positions assise ou debout, sans mouvement répété en rotation de l'épaule gauche, sans port de charges de ce côté, avec idéalement l'avant-bras gauche reposant sur un support ou une table, on pouvait s'attendre à une activité réalisée à la journée entière sans baisse de rendement.
13. Dans son estimation de l'atteinte à l'intégrité du 10 août 2015, le Dr F\_\_\_\_ a fait état d'un traumatisme à l'épaule gauche, côté non dominant. Conformément à la table d'indemnisation pour troubles fonctionnels du membre supérieur, on se situait dans le cas d'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale correspondant à une atteinte à l'intégrité de 15 %.
14. Questionnée par la CNA sur le gain de l'assuré qui aurait été soumis à l'AVS en 2015 si ce dernier n'avait pas été victime de l'accident du 15 janvier 2013, l'entreprise a répondu, le 17 novembre 2015, qu'il aurait été de CHF 186'000.-, et que le nombre d'heures par semaine était de quarante-cinq.
15. Par courrier du 24 août 2015, la CNA a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Elle mettait un terme au paiement des soins médicaux, hormis les soins énumérés. L'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle qui lui appartenait de mettre en valeur. Afin de lui permettre d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'OAI des démarches pour trouver un poste de travail adapté, elle continuerait à lui verser une indemnité journalière jusqu'au 30 novembre 2015 sur la base d'une incapacité de travail de 80 %. Elle allait se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité.
16. Dans un rapport du 30 septembre 2015, le Dr E\_\_\_\_ a demandé au professeur G\_\_\_\_, chef du service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, d'examiner

---

l'assuré qui avait pu reprendre une activité professionnelle uniquement à 20 % dans une activité administrative. Son dossier allait prochainement être clôturé par la CNA, une amélioration notable n'étant plus attendue par le médecin-conseil. À la mobilisation active de l'épaule gauche, il observait une flexion de 100°, une abduction de 90°, une rotation externe de 40° et une rotation interne à L5. L'IRM post-opératoire montrait une lésion itérative du tendon supra-épineux gauche. Le reste était sans particularité.

17. Jusqu'au 30 novembre 2015, la CNA a versé à l'assuré une indemnité journalière de CHF 272.20 pour l'incapacité de travail à 100 %, respectivement de CHF 220.95 pour celle à 80 %.
18. Le 15 janvier 2016, la CNA a complété le dossier de l'assuré en obtenant les documents radiologiques le concernant, en particulier les rapports de l'IRM de l'épaule gauche du 28 avril 2014 et de l'arthro-IRM du 12 novembre 2015. Le premier mentionnait une probable déchirure partielle de la face superficielle et antérieure du tendon supra-épineux en regard de l'ancre chirurgicale la plus externe au niveau du trochiter, une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée et une arthropathie acromio-claviculaire débutante avec des remaniements modérés. Le second faisait état de deux redéchirures transfixiantes focales en distalité du tendon supra-épineux, l'une antérieure juste en arrière de l'intervalle des rotateurs et l'autre postérieure juste en avant de la jonction supra-infra-épineux.
19. Dans un rapport du 20 janvier 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était stagnante avec douleurs de l'épaule gauche et déficit fonctionnel. Une IRM de contrôle révélait une lésion partielle du tendon supra-épineux en progression par rapport à celle de 2014. Le travail avait été à repris à 20 % à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2015 (recte : 1<sup>er</sup> juillet 2014) dans une activité de bureau.
20. Par courrier du 2 mars 2016, représenté par Me STICHER, l'assuré a contesté la position de la CNA. Il a fait état de douleurs qui irradiaient dans la nuque et d'un besoin de repos après chaque activité, même passive comme des rendez-vous. Ces douleurs l'empêchaient de dormir ou de conduire, de sorte que l'exigibilité de travail à la journée entière sans baisse de rendement était inconcevable. Par conséquent, les limitations fonctionnelles admises par le Dr F\_\_\_\_\_ étaient incomplètes. De plus, il était difficile d'admettre un état de santé stabilisé alors que des investigations étaient en cours quant à l'éventualité d'une nouvelle intervention chirurgicale, notamment un examen par le Prof. G\_\_\_\_\_. Il sollicitait la reprise immédiate du versement des indemnités journalières et la révision de la position de la CNA après prise de connaissance de l'avis dudit spécialiste.
21. Dans un rapport du 10 mars 2016 consécutif à un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) pratiqué le même jour, le docteur H\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a constaté l'absence d'anomalie, en particulier l'absence de syndrome cervical ou radiculaire. L'ENMG du membre supérieur gauche était normal et il n'y avait pas

d'argument en faveur d'une souffrance des racines de C5 à C8 ou d'une atteinte plexuelle.

22. Le Prof. G\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 7 avril 2016. Dans son rapport du 11 avril 2016, il a confirmé les diagnostics déjà posés et a retenu, en plus, un syndrome douloureux chronique cervico-scapulo-brachial gauche. À l'examen, il a observé que passivement, en position couchée, les rotations étaient symétriques. L'assuré opposait une assez forte résistance active qui ne permettait pas d'aller au-delà de 90° de flexion et d'abduction. Il n'y avait toutefois pas de perturbation significative de la cinématique scapulo-thoracique. La force était difficilement testable en raison des douleurs, mais la coiffe paraissait compétente. Il n'y avait pas d'atrophie significative au niveau des deltoïdes ou des fosses sus et sous-épineuses, ni de troubles dystrophiques cutanés au niveau de l'avant-bras ou de la main. Il a considéré que même si une récurrence partielle de la lésion partielle du sus-épineux existait, elle ne saurait à elle seule expliquer l'importance de l'état douloureux et de l'impotence fonctionnelle. Il était donc probable que des facteurs non orthopédiques participaient à l'évolution actuelle. Il ne retenait pas d'indication à une nouvelle intervention.
23. Le 18 avril 2016, l'assuré a remis à la CNA les chiffres d'affaire de l'entreprise de 2011 à 2014, ses attestations de salaire AVS 2012 et 2013, ainsi que ses déclarations fiscales pour les années correspondantes.
24. Dans un rapport du 19 avril 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs insomniantes qui se manifestaient même au repos et qui l'empêchaient de rester plus d'une dizaine de minutes dans la même position. Au vu du pronostic qui était réservé, une augmentation du taux de travail de 20 %, uniquement dans une activité de bureau, n'était pas réalisable et ceci de manière définitive.
25. Par note du 26 mai 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré que les derniers documents ne lui permettaient de modifier son point de vue, de sorte que le cas était stabilisé.
26. Par courrier du 12 juillet 2016, l'assuré a demandé à la CNA de rendre une décision formelle et lui a transmis un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 23 juin 2016. Selon ce dernier, l'assuré présentait d'importantes douleurs diffuses de toute la ceinture scapulaire gauche, de type inflammatoire, accompagnées de contractures musculaires. Elles irradiaient vers le rachis cervical et dans tout le membre supérieur gauche. Au vu de la taille de la lésion du tendon supra-épineux, qui restait limitée, la symptomatologie actuelle n'était donc que partiellement expliquée par la problématique orthopédique.
27. Le 13 décembre 2016, l'entreprise a annoncé à la CNA un nouvel accident survenu le 5 décembre 2016. En voulant saisir des classeurs dans l'armoire de son bureau, ces derniers étaient tombés sur l'assuré le touchant au bras droit. Il avait alors perdu l'équilibre et s'était blessé à la jambe droite. Le salaire était de CHF 15'000.- « par année ». Le travail avait été interrompu le 5 décembre 2016 probablement pour une durée supérieure à un mois.

- 
28. Le 18 janvier 2017, l'OAI a transmis à la CNA les comptes individuels AVS (ci-après : CI) de l'assuré faisant état d'un revenu de CHF 56'200.- en 2007, CHF 9'300.- en 2008, CHF 23'500.- en 2009, CHF 98'279.- en 2010, CHF 139'000.- en 2011, CHF 160'500.- en 2012 et CHF 65'500.- en 2013.
  29. Dans un rapport reçu par la CNA le 30 janvier 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une contusion du coude et de l'épaule droites avec épicondylite post-traumatique. L'incapacité de travail était de 100 % du 5 décembre 2016 au 5 janvier 2017 probablement.
  30. Le 2 février 2017, l'assuré a transmis à la CNA ses bulletins de salaire pour l'année 2016 faisant état d'un salaire mensuel de CHF 3'000.-, plus une avance mensuelle sur salaire de CHF 12'000.- (« rentes ou indemnités d'accident »).
  31. Par courrier du 6 février 2017, la CNA a informé l'entreprise qu'elle verserait une indemnité journalière de CHF 32.90 par jour calendaire dès le 8 décembre 2016.
  32. Par courrier du 14 février 2017, l'assuré, représenté par Me ABDERRAHIM, a contesté le montant de l'indemnité journalière en tant qu'il ne correspondait pas au 80 % du gain assuré ressortant des fiches de salaire transmises.
  33. Par courrier du 16 mars 2017, la CNA a relevé que suite à l'accident du 15 janvier 2013, la capacité de travail et de gain de l'assuré était durablement réduite, de sorte que la disposition légale concernant le salaire déterminant en présence d'un salaire réduit n'était pas applicable et qu'il lui allouait une indemnité journalière réduite.
  34. À la suite du dernier accident, l'assuré a été réexaminé le 5 avril 2017 par le Dr F\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 6 avril 2017, ce dernier a indiqué que, selon les déclarations de l'assuré, l'évolution pour les troubles du coude droit semblait favorable. Il se plaignait de quelques douleurs en regard de l'épitrôchlée. Il était capable de soulever une charge maximale de 10 kg pendant quelques instants. Il existait des épisodes de réveil nocturne, mais plutôt liés à la pathologie de l'épaule gauche. L'examen clinique retrouvait une légère douleur à la palpation de l'épitrôchlée. On s'attendait à une reprise de l'activité professionnelle dès le 12 avril 2017.
  35. Par décision du 17 mai 2017, la CNA a considéré que l'assuré était en mesure d'exercer une activité dans divers secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas porter de charges avec le bras gauche et de ne pas effectuer des mouvements répétés en rotation de l'épaule. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 63'995.-. Par comparaison au gain de CHF 67'691.- réalisable sans l'accident selon la convention collective de travail (ci-après : CTT), il existait une perte de gain de 5,46 % qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Au vu de l'atteinte à l'intégrité de 15 % ressortant de l'appréciation médicale, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 18'900.- (126'000.- x 15 %) qui avait déjà été versée le 14 octobre 2016.

36. Par courrier du 26 mai 2017 et à la suite de l'examen médical du 5 avril 2017, la CNA a indiqué à l'assuré qu'une capacité de travail à 100 % pour l'activité de bureau était attendue de sa part dès le 12 avril 2017. Par conséquent, il mettait un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 mai 2017 et cesserait de prendre en charge le traitement médical dès le 1<sup>er</sup> juin 2017, hormis les séances en cours.
37. Le 8 juin 2017, l'assuré a demandé à la CNA de rendre une décision formelle.
38. Le 19 juin 2017, l'assuré a formé opposition à la décision du 17 mai 2017. Il a observé qu'à la suite de l'accident professionnel du 15 janvier 2013, il avait présenté une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 30 juin 2014, puis de 80 % à compter de cette date. Il était actionnaire principal de l'entreprise et avait perçu un salaire mensuel de CHF 15'000.- jusqu'au jour de l'accident. Au vu de la taille de l'entreprise, qui n'employait que quelques personnes, son incapacité de travail avait eu des répercussions importantes et directes sur le chiffre d'affaires de celle-ci qui était passé de CHF 578'599.- en 2012 à CHF 165'239.- en 2013, puis à CHF 45'017.- en 2014. Cette baisse du chiffre d'affaires, respectivement du bénéfice réalisé, devait être prise en compte, à teneur de la jurisprudence, dans le calcul de sa perte de gain. Par ailleurs, la décision formelle n'indiquait pas sur quelle base elle avait établi un salaire annuel hypothétique de CHF 63'995.- et le salaire réalisable sans accident, alors qu'il percevait avant ce dernier un salaire annuel de CHF 180'000.-. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, aucune expertise n'avait été réalisée et son taux avait été fixé sans tenir compte des conséquences physiques actuelles de l'accident, ni de ses atteintes psychiques, à savoir perte de confiance en soi, difficultés à se concentrer, perte de mémoire, etc.
39. Par décision du 27 juillet 2017, la CNA a confirmé qu'elle mettait un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 mai 2017 dès lors qu'à la suite de l'examen médical du 5 avril 2017, la capacité de travail pour l'activité de bureau était de 100 % dès le 12 avril 2017. Elle mettait également un terme à la prise en charge du traitement de physiothérapie dès le 1<sup>er</sup> juin 2017 hormis les séances en cours.
40. Le 24 août 2017, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il a contesté qu'il disposait d'une capacité de travail de 100 % dès le 12 avril 2017 dès lors que les divers certificats médicaux faisaient état d'une incapacité de travail de 80 %. Une expertise était seule à même d'apprécier sa capacité de travail de façon objective. Il a également contesté le montant de l'indemnité journalière au motif que la CNA ne pouvait pas en même temps refuser de le mettre au bénéfice d'une rente au motif que sa capacité de gain était supérieure à 10 % et en même temps prétendre que sa capacité de gain était durablement réduite lorsqu'il s'agissait de calculer le montant de l'indemnité journalière.

41. Les 28 septembre 2017 et 20 octobre 2017, il a transmis à la CNA trois certificats médicaux du Dr D\_\_\_\_\_ continuant à attester une capacité de travail nulle en août, septembre et octobre 2017 à la suite de son accident du 5 décembre 2016.
42. Par décision sur opposition du 29 novembre 2017, reçue par l'assuré le lendemain, la CNA a rejeté les oppositions et confirmé les décisions du 17 mai 2017 et du 26 juillet 2017. Elle a relevé que, selon la jurisprudence, il n'existait pas de droit à requérir une expertise médicale externe. L'opposition n'apportait aucun élément médical nouveau permettant de douter de la fiabilité de l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ qui avait pleine valeur probante. S'agissant de l'accident du 5 janvier 2013, le revenu d'invalidité avait été déterminé sur la base de cinq descriptions de poste de travail (ci-après : DPT) consignées au dossier et correspondant aux limitations fonctionnelles établies par le médecin d'arrondissement. Le gain sans invalidité de CHF 180'000.- allégué par l'assuré était un salaire peu usuel, voire largement au-dessus de la moyenne pour un employé – même gérant – d'une petite entreprise aux activités multiples telles que la peinture en bâtiment et le carrelage notamment. De plus, l'entreprise avait été dissoute pour cause de faillite en 2017 (le 19 octobre 2017), de sorte qu'il était douteux que l'assuré aurait pu continuer à percevoir un tel revenu sans l'accident. L'assuré était couvert par la CNA en tant qu'employé de l'entreprise et non en qualité d'indépendant, de sorte que l'évolution du chiffre d'affaires de l'entreprise ne saurait être prise en compte dans l'évaluation de l'invalidité. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'assuré n'apportait aucune justification médicale permettant de remettre en cause l'appréciation du dommage permanent effectuée par le médecin d'arrondissement. De plus, il n'y avait au dossier aucun élément faisant état de troubles psychiques incapacitants en relation avec l'accident. La décision du 17 mai 2017 était dès lors confirmée. S'agissant de l'accident du 5 décembre 2016, aucun document médical n'était de façon détaillée et concluante l'impossibilité de reprendre le 12 avril 2017, voire le 31 mai 2017, l'activité administrative à 20 %. Quant au montant des indemnités journalières, il ne faisait pas l'objet de la décision du 26 juillet 2017.
43. Par acte du 15 janvier 2018, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition. Il a conclu principalement et sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 29 novembre 2017, au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction, respectivement à l'octroi d'une rente d'invalidité tenant compte du gain effectif réalisé avant l'accident et d'une « indemnité journalière » tenant compte de son incapacité réelle physique et psychique. Il a repris les griefs exprimés dans ses deux oppositions. Il a précisé que s'agissant du deuxième accident, il était toujours en incapacité de travail à 100 % eu égard au certificat médical du Dr D\_\_\_\_\_ établi le 9 octobre 2017. Selon la jurisprudence, dans le cadre du calcul du gain hypothétique sans invalidité, il y avait lieu de tenir compte, dans le cadre d'une petite entreprise à caractère familial, du chiffre d'affaires réalisé avant l'accident et non pas après celui-ci. La faillite en 2017 était directement liée à son incapacité de travail à 100 % et au rôle prépondérant qu'il

---

jouait dans l'entreprise. En tant que chef d'entreprise, son invalidité devait être déterminée par une comparaison pondérée des champs d'activité et son revenu hypothétique sans invalidité devait être basé sur les revenus moyens et/ou les résultats d'entreprises similaires. Le taux d'atteinte à l'intégrité de 15 % était largement insuffisant dès lors qu'il souffrait d'une lésion du labrum ainsi que d'un kyste paralabral antéro-supérieur et que l'arthroscopie du 21 novembre 2013 n'avait pas apporté d'amélioration particulière. Il y avait lieu d'ajouter un pourcentage de 20 % pour tenir compte de ses importantes pertes de mémoire et de capacité de concentration apparues depuis l'accident de janvier 2013.

44. Dans sa réponse du 15 mars 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours sous suite de frais et dépens. Elle a repris la motivation contenue dans sa décision sur opposition. Elle a précisé que l'estimation de la capacité de travail du recourant faite par le Dr E\_\_\_\_\_ avait été prise en compte par le médecin d'arrondissement et n'avait pas de valeur probante en tant qu'elle émanait du médecin-traitant. Les cinq DPT consignées au dossier, qui n'étaient pas contestées par le recourant, démontraient qu'il existait sur le marché du travail des emplois légers adaptés à sa situation en tant qu'ils ménageaient le membre supérieur gauche. Le chiffre d'affaires de près de CHF 500'000.- avancé par le recourant faisait envisager que ce dernier n'était pas seul à générer de telles rentrées d'argent et que l'entreprise pouvait compter sur d'autres forces de travail que son seul gérant. L'incapacité de travail partielle de celui-ci ne pouvait pas expliquer la faillite de l'entreprise qui reposait très probablement sur d'autres facteurs qui n'étaient pas exposés. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, la question du lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques invoqués et les accidents pouvait être laissée ouverte en l'absence de lien de causalité adéquate, eu égard aux deux accidents de peu de gravité. Par conséquent, les conclusions du recourant quant à une atteinte à l'intégrité psychique étaient mal fondées. Les certificats médicaux du Dr D\_\_\_\_\_ faisant état d'une incapacité de travail de 100 % étaient généraux et n'étaient pas motivés. Il n'était pas contradictoire de reconnaître une capacité de travail de 100 % dans une activité raisonnablement exigible et une incapacité de gain de moins de 10 % dès lors que les critères permettant d'apprécier ces éléments n'étaient pas identiques.
45. Par écriture du 25 juin 2018, le recourant a indiqué qu'il avait annoncé à l'intimée une rechute de l'accident de janvier 2013, survenue le 26 mars 2018, et qu'il concluait subsidiairement à une suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur cette rechute.
46. Par écriture du 5 juillet 2018, l'intimée s'est opposée à la suspension de la procédure, au motif que l'éventuelle aggravation de l'état de santé était postérieure à la décision litigieuse, alors que celui-ci était stabilisé à la date de ladite décision.
47. Dans son écriture du 26 juillet 2018, le recourant a produit dans la procédure un courrier de l'intimée du 24 juillet 2018 acceptant la prise en charge des frais de traitement dès le 26 mars 2018 concernant les troubles de l'épaule gauche. Il a

réitéré sa demande de suspension de la procédure judiciaire actuellement en cours en précisant que son état n'avait jamais été stabilisé, ce qui était établi par les certificats médicaux versés à la procédure.

48. Dans son écriture du 6 décembre 2018, l'intimée a observé que la rechute du recourant ne faisait pas partie de l'objet du présent litige.
49. Dans sa réplique du 14 janvier 2019, le recourant a exposé que, dans le cadre de sa rechute, l'intimée avait accepté par décision du 29 novembre 2018 de lui verser une indemnité journalière de CHF 32.48 sur la base d'un gain fictif de 10 % du montant maximum du gain journalier, alors qu'il ne percevait plus aucun revenu à la suite de la décision de l'intimée du 17 mai 2017. Par conséquent, il existait un lien concret entre la décision de l'intimée du 29 novembre 2018 et la présente procédure pour qu'il fût fait droit à sa demande de suspension de celle-ci jusqu'à droit jugé concernant l'opposition qu'il entendait former à la décision du 29 novembre 2018. Cette suspension devait d'autant plus être ordonnée que les deux procédures relevaient d'un même état de fait et de droit. Il a rappelé que, selon la jurisprudence, en cas de doute même faible quant à la fiabilité et/ou la pertinence des constatations du médecin interne à l'assurance, il y avait lieu de procéder à une expertise confiée à un médecin externe à l'assurance. Or, au vu de l'importante contradiction entre, d'une part, l'appréciation du médecin d'arrondissement et, d'autre part, les certificats médicaux des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, il y avait lieu d'ordonner une telle expertise qui pourrait avoir lieu auprès du CEMED de Nyon. Le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes quant au fond et quant à la suspension de la procédure.

Il a produit dans la procédure diverses pièces, notamment un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 25 avril 2018 et une déclaration de sinistre de l'entreprise du 12 juin 2018. Celle-ci mentionnait une rechute intervenue le 26 mars 2018, une incapacité de travail depuis le 19 avril 2018 et une date d'engagement dans l'entreprise le 27 juillet 2007. Selon le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 25 avril 2018, l'assuré présentait une décompensation d'une tendinopathie chronique du supra-épineux gauche. D'après une nouvelle IRM de l'épaule gauche, la coiffe des rotateurs était en continuité, mais le tendon supra-épineux était hétérogène. En raison de la rechute liée à cette décompensation, il attestait un nouvel arrêt de travail à 100 % dès ce jour et pour une durée indéterminée.

50. Dans sa duplique du 23 janvier 2019, l'intimée a relevé qu'il existait un consensus entre les Drs F\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ sur la stabilisation de l'état de santé du recourant en août 2015. Elle s'opposait à la suspension de la présente procédure dès lors que la rechute d'avril 2018 ne suffisait pas à remettre en cause la stabilisation de l'état de santé du recourant en août 2015 et ne modifiait en rien l'appréciation de l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée à 100 %. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes.

51. Dans son écriture du 15 mars 2019, le recourant a répété sa position quant à la nécessité de faire réaliser une expertise par le CEMED. Il a produit dans la procédure un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2019. Il a confirmé ses conclusions précédentes en prenant en plus des conclusions préalables quant à la mise en œuvre d'une expertise externe si possible auprès du CEMED.

Selon le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2019, le recourant présentait une décompensation d'une tendinopathie chronique du supra-épineux gauche avec dyskinésie scapulaire. Les douleurs de l'épaule gauche étaient persistantes et toujours accompagnées d'un déficit fonctionnel. En raison de cette symptomatologie, le recourant n'arrivait plus à utiliser son membre supérieur gauche, même pour des tâches légères et quotidiennes. Les douleurs étant actuellement plus intenses au coude, il organisait une IRM du coude gauche. Le recourant restait à 100 % d'arrêt de travail.

52. Dans son écriture du 21 mars 2019, l'intimée a répété sa position, persistant dans ses conclusions précédentes. Elle a précisé que le consensus des divers médecins était également partagé par le Dr E\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 janvier 2016 en tant qu'il émettait une opinion qui convergeait avec celle de ses confrères. S'agissant de l'accident de décembre 2016, les rapports du Dr E\_\_\_\_\_ n'avaient aucune crédibilité dès lors qu'ils portaient sur de très longues durées et que certains attestaient d'incapacités de travail postérieures à la date du document.

53. Par écriture non sollicitée du 26 mars 2019, le recourant a persisté à soutenir que les appréciations médicales étaient divergentes dès lors que, dans son rapport du 20 janvier 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ retenait un déficit fonctionnel avec incapacité de travail de 80 % ainsi qu'une lésion partielle du supra-épineux en progression par rapport à l'IRM de 2014, alors que le Dr F\_\_\_\_\_ concluait à « une capacité résiduelle » à hauteur de 15 %. Quant au Prof. G\_\_\_\_\_, il ne se prononçait pas sur la capacité résiduelle et mentionnait une récurrence partielle de la lésion partielle du supra-épineux. Étant donné qu'il existait un doute quant à sa fonctionnalité, à savoir sa capacité à recouvrer une activité résiduelle y compris dans le cadre d'une activité simple sans mouvement répété de l'épaule gauche, il y avait lieu d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer la cause à l'intimée à cet effet. Quant au rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2019, il confirmait les certificats médicaux du Dr D\_\_\_\_\_ dès lors qu'il diagnostiquait une épitrochléite gauche.

54. Le 29 mars 2019, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimée.

### **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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les deux accidents sont survenus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 89C let. c LPA-GE).

En l'espèce, le recourant a interjeté recours le 15 janvier 2018 contre la décision sur opposition du 29 novembre 2017 reçue le lendemain. Le délai de recours a commencé à courir le 1<sup>er</sup> décembre 2017, puis a été suspendu du 18 décembre 2017 au 2 janvier 2018 et est arrivé à échéance le 15 janvier 2018. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

5. Bien que le recourant présente des troubles des tendons, l'intimée ne conteste pas qu'ils sont dus à des événements accidentels au sens de l'art. 4 LPGA, ni qu'ils sont toujours en lien de causalité naturelle avec l'accident du 15 janvier 2013, respectivement du 5 décembre 2016. En revanche, sont litigieux le calcul du degré d'invalidité, plus particulièrement la capacité de travail résiduelle exigible du recourant dans une activité adaptée, la stabilisation de son état de santé, la méthode de calcul du degré d'invalidité, le revenu sans invalidité et le taux de l'atteinte à l'intégrité due à l'accident du 15 janvier 2013.
6. À titre préalable, le recourant demande la suspension de la procédure jusqu'à droit connu quant à la rechute annoncée en mars 2018, au motif que la procédure litigieuse doit nécessairement inclure ladite rechute et eu égard à l'opposition qu'il entend former à la décision de l'intimée du 29 novembre 2018 qui fixe l'indemnité journalière à CHF 32.40. À cet égard, il invoque un lien suffisamment concret entre

la décision du 29 novembre 2018 et la présente procédure, l'absence de stabilisation de son état de santé, ainsi que la similitude de l'état de fait et de droit.

a. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b. 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 131 V 242 consid. 2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). 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\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2).

c. En l'espèce, à la date de la décision litigieuse, soit le 29 novembre 2017, le requérant ne souffrait pas de la rechute de ses troubles de l'épaule gauche qui entraîne une nouvelle incapacité de travail attestée médicalement dès le 19 avril 2018. Par conséquent, au vu de l'état de fait existant à la date de la décision litigieuse, en principe, il n'y a pas lieu de tenir compte de cette rechute pour apprécier la légalité de ladite décision.

En outre, la question de l'extension de la procédure à cette rechute ne se pose pas dès lors que, selon la jurisprudence, la rechute est attribuable à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme

guérie (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Dès lors, bien que le recourant semble déduire de cette rechute l'existence d'un état de santé non stabilisé à la date de la décision litigieuse, une évolution de l'état de santé après la date de la décision de clôture du cas n'a pas d'incidence sur celle-ci puisqu'à la date de la décision, il suffit que l'atteinte à la santé puisse être considérée en apparence comme étant guérie, sans que cela soit effectivement le cas dans les faits. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi le montant de l'indemnité journalière fixé à la suite de la rechute a une quelconque incidence sur la présente procédure, puisque la question du montant de l'indemnité journalière versée à la suite de l'accident du 5 décembre 2016 ne fait pas l'objet de la décision sur opposition, respectivement de la procédure actuelle.

Aussi n'y a-t-il pas lieu de suspendre la procédure jusqu'à droit connu sur la question de la rechute pour trancher le droit à la rente d'invalidité.

7. a. 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 (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).

b. 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. a. En l'espèce, s'agissant de l'accident du 15 janvier 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ diagnostique, dans ses deux rapports du 10 août 2015, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et une lésion du bourrelet glénoïdien suite à un choc direct, ainsi qu'une déchirure itérative partielle non transfixiante du tendon du sus-épineux mise en évidence par l'arthro-IRM du 28 avril 2014 après arthroscopie pour traitement de ces lésions. Lors de son examen, il constate des mobilités inférieures à celles mesurées par le Dr E\_\_\_\_\_, le 2 mars 2015, ce qui le fait douter de la coopération effective du recourant. Cette conclusion est d'ailleurs confirmée par les mesures effectuées postérieurement par le Dr E\_\_\_\_\_ et protocolées dans son rapport du 30 septembre 2015. Il retient la persistance d'une limitation de la mobilité de l'épaule gauche qui atteint le plan de l'horizontale. Il conclut à une

capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée, à savoir réalisée indifféremment en positions assise ou debout, sans mouvement répété en rotation de l'épaule gauche, sans port de charges de ce côté, avec idéalement l'avant-bras gauche reposant sur un support ou une table.

Le médecin d'arrondissement a maintenu son appréciation dans une note du 26 mai 2016. Celle-ci se fonde sur le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 10 mars 2016 constatant l'absence d'anomalie sur le plan neurologique, ainsi que sur celui du Prof. G\_\_\_\_\_ du 11 avril 2016, dans lequel aucune perturbation significative de la cinématique scapulo-thoracique, ni incompétence de la coiffe n'a pu être observée. Le Prof. G\_\_\_\_\_ évoque la participation probable de facteurs organiques à l'évolution actuelle, étant précisé que la récurrence partielle de la lésion partielle du sus-épineux ne saurait à elle-seule expliquer ni l'importance de l'état douloureux, ni l'impotence fonctionnelle.

En définitive, les appréciations du Dr F\_\_\_\_\_ reposent sur un examen du recourant, sur les plaintes de celui-ci qu'il relativise, ainsi que sur le dossier radiologique et médical. Par ailleurs, l'évaluation du médecin d'arrondissement est confirmée par le rapport du Prof. G\_\_\_\_\_. Même si ce dernier ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, il fait état de la probable participation de facteurs non orthopédiques et organiques dans l'évolution actuelle, respectivement il relativise les douleurs dont se plaint le recourant en relevant qu'elles ne sont pas explicables objectivement. Dès lors, il n'existe pas de doute quant à la capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée malgré les douleurs dont fait état le recourant, en l'absence de perturbation significative de la cinématique scapulo-thoracique, ainsi que l'a constaté le Prof. G\_\_\_\_\_.

En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_271/2011 du 26 octobre 2011 consid. 4.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Aussi, c'est à juste titre que le Dr F\_\_\_\_\_ a tenu compte des douleurs alléguées par le recourant, mais en a relativisé l'intensité en se fondant sur les limitations fonctionnelles objectivées, à savoir sur la mobilité mesurée lors de son examen clinique et sur les examens radiologiques, soit sur des éléments objectifs seuls pertinents dans ce type d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 366/05 du 12 juillet 2005).

Par ailleurs, la jurisprudence a confirmé plusieurs fois l'exigibilité d'une activité légère adaptée à plein temps, à savoir avec travaux légers et sans port de charges, en cas de lésions de l'épaule gauche (cf. notamment l'arrêt du Tribunal fédéral

9C\_925/2009 du 16 juillet 2010 consid. 3.1), de sorte que l'appréciation du médecin d'arrondissement est cohérente.

S'agissant des rapports du Dr E\_\_\_\_\_, il y a lieu de relever qu'en établissant des certificats médicaux attestant que le recourant avait repris le travail à 20 % dans une activité administrative, le médecin n'a pas considéré que sa capacité de travail dans une activité administrative était limitée à 20 %, mais seulement indiqué que la reprise du travail était de 20 %, à savoir le taux de la part administrative des tâches du recourant dans son entreprise, comme cela ressort de la notice téléphonique du 14 juillet 2014. Dans son rapport du 19 avril 2016, il considère de façon peu claire qu'au vu du pronostic réservé, une augmentation du taux de travail de 20 % uniquement dans une activité de bureau n'est pas réalisable et ceci de manière définitive. Puis, dans son rapport du 23 juin 2016, il considère que la symptomatologie actuelle n'est que partiellement expliquée par la problématique orthopédique. Par conséquent, il admet qu'il y a lieu de relativiser les plaintes du recourant. De plus, dans ses divers rapports adressés à l'intimée, le Dr E\_\_\_\_\_ n'évalue à aucun moment la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En revanche, dans son rapport du 3 avril 2014 adressé à l'OAI, il considère que dans une activité adaptée épargnant l'épaule gauche, le recourant présente une capacité de travail de 100 %, soit la même appréciation que celle du Dr F\_\_\_\_\_. Par ailleurs, ce dernier ne conclut pas à une capacité résiduelle de 15 %, mais bien de 100 %, étant précisé que le taux de 15 % qu'il retient concerne le degré de l'atteinte à l'intégrité.

Par conséquent, les avis du Dr E\_\_\_\_\_ ne permettent pas de douter de la fiabilité et de la pertinence des appréciations du Dr F\_\_\_\_\_ du 10 août 2015, respectivement de leur valeur probante à la date de la décision litigieuse. En outre, il n'y a pas lieu de prendre en compte son rapport du 30 janvier 2019 dès lors qu'il concerne la rechute d'avril 2018, qui ne fait pas l'objet de la présente procédure.

Dès lors, la chambre de céans suivra les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, à savoir que le recourant présente une capacité de travail de 100 % dès le 7 août 2015 dans une activité épargnant l'épaule gauche.

b. S'agissant de l'accident du 5 décembre 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ diagnostique un traumatisme du coude droit et de l'épitrôchlée (rapport du 6 avril 2017). Il se réfère à l'IRM du 27 février 2017 qui met en évidence une tendinopathie insertionnelle du muscle brachial sans signe de désinsertion. À l'examen clinique, il constate une prono-/supination complète, comparable avec le côté controlatéral, ainsi qu'une palpation un peu douloureuse de la région de l'épitrôchlée. Il conclut à la reprise de l'activité professionnelle dès le 12 avril 2017.

Dans ses divers certificats médicaux, le Dr D\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail à 100 % après le 12 avril 2017, sans expliquer pourquoi il retient une telle incapacité de travail et pourquoi il s'écarte de l'appréciation du médecin d'arrondissement. Étant donné que ses certificats médicaux ne contiennent aucune

---

description clinique détaillée justifiant l'incapacité de travail retenue, ils ne remplissent pas les critères jurisprudentiels qui permettent de reconnaître à un rapport médical une valeur probante (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3a) et ne sauraient mettre en doute la pertinence ainsi que la fiabilité de l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ du 6 avril 2017, respectivement sa valeur probante.

Par conséquent la chambre de céans suivra les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, à savoir que le recourant est en mesure de reprendre son activité professionnelle dès le 12 avril 2017.

10. Le recourant conteste le refus de l'intimée de lui verser une rente d'invalidité, plus particulièrement la méthode de calcul utilisée et le degré d'invalidité retenu.

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, 1<sup>ère</sup> phrase, 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, 2<sup>ème</sup> phrase, 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).

11. Le recourant conteste que son état de santé soit stabilisé et implicitement que l'intimée était en droit de statuer sur la rente d'invalidité.

À cet égard, il méconnaît la portée de l'art. 19 al. 1 LAA, qui n'exige pas une stabilisation de l'état de santé pour statuer sur le droit à la rente d'invalidité, mais l'absence d'une sensible amélioration de l'état de santé escomptée de la poursuite du traitement. Or, en l'occurrence, le recourant ne soutient pas qu'un autre traitement médical serait en mesure d'améliorer significativement sa capacité de travail, mais conteste que sa capacité de travail résiduelle soit de 100 %.

Par conséquent, l'intimée a retenu à juste titre que l'état de santé du recourant était stabilisé avec effet au 30 novembre 2015.

12. Pour calculer le degré d'invalidité du recourant, l'intimée a utilisé la méthode ordinaire de comparaison des revenus de l'art. 16 LPGA, alors que le recourant soutient qu'elle aurait dû utiliser la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité utilisée pour les indépendants.

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

---

mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidité (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

b. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

c. Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un

---

assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

D'après la jurisprudence, dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.2, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (ATF 122 V 377 consid. 2b/cc ; voir la jurisprudence résumée dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_810/2017 du 9 avril 2018 consid. 2.2 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4, in SVR 2010 IV n° 37 p. 115 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_46/2016 du 10 août 2016 consid. 4.4). De jurisprudence constante, ce n'est qu'à des conditions strictes que l'on peut considérer qu'un changement d'activité professionnelle, singulièrement la cessation d'une activité agricole, ne constitue pas une mesure raisonnablement exigible de l'assuré ; en particulier, l'activité exercée jusqu'alors ne doit pas être poursuivie aux coûts de l'assurance-invalidité, même si l'intéressé effectue un travail d'une certaine importance économique (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1 ; 8C\_413/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.3.1 ; 9C\_357/2014 du 7 avril 2015, consid. 2.3.1 ; 9C\_624/2013 du 11 décembre 2013 consid. 3.1.1 ; 9C\_834/2011 du 2 avril 2012 consid. 4 et les références).

13. En l'espèce, selon les explications données par le recourant, le 5 novembre 2013, en tant que patron de son entreprise, il exerçait une activité essentiellement physique sur les chantiers, à savoir peinture en bâtiment, carrelage, constructions diverses, déménagements, chauffeur poids-lourds. De plus, au vu de la capacité de travail de 20 % dans une activité administrative attestée par le Dr E\_\_\_\_, il convient

---

d'admettre que les autres 80 % restant de sa capacité de travail concernent des travaux lourds. Par conséquent, l'application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité conduirait à retenir un taux d'invalidité de 80 % puisqu'il n'est pas en mesure d'exercer des travaux lourds avec l'épaule gauche, de sorte que son activité indépendante ne lui permettrait de mettre à contribution qu'une faible part de sa capacité résiduelle de travail et de gain qui est de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans ces circonstances, un changement d'activité professionnelle est donc raisonnablement exigible du recourant, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut en attendre. De plus, rien ne fait obstacle à ce que le recourant change d'activité professionnelle. Bien que celui-ci était âgé de 53 ans lors du prononcé de la décision administrative, soit à 12 ans de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse de l'AVS, le recourant n'avait pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (cf. ATF 143 V 431 consid. 4.5.2), si bien qu'un revenu d'invalidité doit être pris en compte.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimée a évalué l'invalidité du recourant selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

14. Il convient encore d'examiner la conformité au droit du calcul de l'intimée.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 RAI (en relation avec l'art. 28a LAI), est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, sans pertinence en l'espèce). Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité (cf. ATF 133 V 549 consid. 6.1). Elle établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en

---

considération pour l'évaluation de l'invalidité ; ce parallèle n'a toutefois pas valeur absolue et la jurisprudence admet quelques rectificatifs, par exemple si une diminution ou une augmentation extraordinaire du revenu pendant une période déterminée est dûment établie (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 499/97 du 23 novembre 1998, in SVR 1999 IV n° 24 p. 71). Si le tout dernier revenu présente de fortes fluctuations à relativement court terme, il faut tenir compte du revenu moyen sur une plus longue période (SVR 2014 UV Nr. 1 p. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_443/2018 du 30 janvier 2019 consid. 2.1 ; 8C\_211/2013 du 3 octobre 2013 consid. 4.2). C'est notamment le cas si le dernier salaire obtenu avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les salaires obtenus jusqu'alors. Il ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, selon la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à réaliser un tel salaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.1 ; 9C\_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). C'est notamment le cas si le dernier salaire obtenu avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les salaires obtenus jusqu'alors. Il ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, selon la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à réaliser un tel salaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.1 ; 9C\_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181).

La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

15. En l'espèce, étant donné que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que l'OAI n'a pas mis en œuvre de mesures de réadaptation (cf. art. 19 al. 1 LAA), le calcul du degré d'invalidité doit se faire en 2015 puisque l'intimée a mis un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2015 concernant l'accident de 2013.

a. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a déterminé sur la base de la CCT du second œuvre et l'a fixé à CHF 67'691.- au motif, d'une part, que le revenu perçu par le recourant ne correspondait pas à celui d'un employé-gérant d'une petite entreprise active dans la peinture ainsi que le carrelage notamment et, d'autre part, que l'entreprise avait été dissoute en octobre 2017 pour cause de faillite. Ce raisonnement ne saurait être suivi. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, il y a lieu de se référer au revenu soumis à cotisations auprès de l'assurance-vieillesse et survivants, lors de l'année précédant l'accident. Compte tenu des fluctuations importantes de ce dernier avant 2012, il convient de prendre en compte le revenu moyen soumis à cotisations pour les années 2008 à 2012, afin d'éviter d'accorder trop de poids à une fluctuation passagère du revenu – à la hausse ou à la baisse – juste avant l'accident.

En l'occurrence, selon les CI, le revenu soumis à cotisations depuis la création de l'entreprise en juillet 2007 jusqu'à l'année précédant l'accident a été de CHF 9'300.- en 2008, CHF 23'500.- en 2009, CHF 98'279.- en 2010, CHF 139'000.- en 2011 et CHF 160'500.- en 2012, soit un revenu moyen de CHF 86'115.80 (430'579 : 5).

b. S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 63'995.- sur la base de cinq DPT.

La jurisprudence de l'ATF 129 V 472 consid. 4.2.2, développée en rapport avec la violation du droit d'être entendu (art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) et de l'égalité des armes (art. 6 par 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH - RS 0.101]), a fixé les conditions auxquelles devait être soumise la prise en compte des DPT pour calculer le revenu d'invalidité. Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant d'établir le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3).

Tel n'a pas été le cas en l'espèce, puisque la façon dont le revenu d'invalidité a été fixé a été expliquée pour la première fois dans la décision sur opposition du

29 novembre 2017 qui n'énumère et ne décrit toutefois pas les DPT ayant servi de base de calcul, mais précise uniquement que les DPT ont été versées au dossier. Dès lors, le recourant n'a pas eu connaissance des DPT. Or, selon la jurisprudence, lorsque la CNA n'est pas en mesure de satisfaire aux exigences ci-dessus, elle ne peut pas trancher le litige en se basant sur la comparaison des revenus ressortant des DPT. Elle doit déterminer l'invalidité en fonction des salaires statistiques de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 in fine).

Par conséquent, il y a lieu d'établir le revenu d'invalidé du recourant en 2015 selon les statistiques de l'ESS.

Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Depuis la 10<sup>ème</sup> édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1\_skill\_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste

ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

En l'espèce, compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir principalement un travail sans mouvements répétés en rotation de l'épaule gauche, sans port de charges de ce côté et idéalement avec l'avant-bras gauche reposant sur un support ou une table, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 2). En effet, en tant que le recourant a exercé depuis 2007, année d'inscription de l'entreprise au RC, une activité dirigeante avec gestion d'environ cinq collaborateurs sur l'année selon les attestations de salaire de l'entreprise pour l'année 2012 et ses déclarations au Dr F\_\_\_\_\_, on peut considérer que sur un marché du travail équilibré, un nombre suffisant d'emplois lui sont ouverts et dans lesquels il peut mettre à profit ses aptitudes ainsi que ses connaissances conformément au niveau de compétence 2 (cf. à ce sujet l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_443/2018 précité, consid. 7.1).

Selon l'ESS 2014, son revenu d'invalidé s'élève à CHF 67'920.- (5'660.- x 12) part au treizième salaire comprise. Une fois indexé à l'année 2015 selon l'évolution des salaires nominaux pour les hommes (+ 0,3 %), il est de CHF 68'123.75 (67'920.- + 203.75). Étant donné que les salaires bruts standards sont calculés par rapport à un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée inférieure à la moyenne hebdomadaire de travail, il convient d'adapter ce salaire à un horaire de travail de 41,7 heures par semaine en 2015 (OFS, durée normale du travail dans les entreprises), de sorte qu'il ascende à CHF 71'019.- (68'123.75 x 41,7 : 40).

c. S'agissant de l'abattement, pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, il y a lieu de le fixer à 10 %. Par conséquent, après abattement de 10 %, le revenu d'invalidé s'élève à CHF 63'917.10 (71'019.- x 90 %).

En définitive, il ressort de la comparaison des revenus un taux d'invalidité de 26 % (86'115.80 - 63'917.10 = 22'198.70 : 86'115.80 x 100). Par conséquent, le recourant a droit à une rente d'invalidité de 26 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015, étant précisé que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour le calcul de la rente et que dans ce cadre, il lui appartiendra également d'examiner la question du droit du recourant à des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA dès lors qu'il s'est écoulé plus de vingt-quatre mois depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2015.

---

La reconnaissance du droit à la rente d'invalidité rend superflue l'analyse des autres griefs soulevés par le recourant concernant le calcul du degré d'invalidité.

16. Le recourant conteste également le taux de l'atteinte à l'intégrité fixé à 15 % par l'intimée en raison de la diminution de mobilité de l'épaule gauche.

a. 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 à 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. 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Au moment de l'accident en 2015, le montant maximum du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]; RO 1998 151).

b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser un préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

c. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). 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, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in CNA Medical 2012, p. 202).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.CNA.ch](http://www.CNA.ch)) en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes. 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. 4cc).

17. En l'occurrence, le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des conséquences physiques actuelles de l'accident, ni de ses atteintes psychiques pour fixer le degré de ladite atteinte, ni d'avoir eu recours à un expert à cet effet.

D'après la table 1 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, une épaule bloquée en adduction correspond à une atteinte à l'intégrité de 30 %, une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale à une atteinte à l'intégrité de 10 % et une épaule mobile jusqu'à l'horizontale à une atteinte à l'intégrité de 15 %.

Par conséquent, en retenant que le recourant présente une mobilité de l'épaule gauche limitée à l'horizontale correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 15 % fondé sur la table 1 concernant l'atteinte à l'intégrité pour les troubles fonctionnels du membre supérieur, le Dr F\_\_\_\_\_ a appliqué correctement ladite table au vu des degrés de mobilité de l'épaule constatés par les divers médecins. Le recourant ne produit aucun rapport médical retenant un taux d'atteinte à l'intégrité supérieur à celui fixé par le Dr F\_\_\_\_\_, alors que celle-ci doit être évaluée exclusivement sur la base de constatations médicales. Par ailleurs, les troubles psychiques qu'il invoque ne sont rendus vraisemblables par aucun rapport médical, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Enfin, la rechute de l'épaule gauche est postérieure à la date de la décision litigieuse et n'était pas prévisible au moment de la décision litigieuse. Par conséquent, en cas d'aggravation importante des troubles de l'épaule gauche, le recourant pourra obtenir une indemnité complémentaire conformément à l'art. 36 al. 4 OLAA. Le grief du recourant est ainsi mal fondé.

18. Dans un dernier moyen, le recourant réclame le versement d'indemnités journalières dès le 31 mai 2017. Or, comme exposé ci-avant, le recourant a été en mesure de reprendre son activité professionnelle dès le 12 avril 2017 (cf. *supra* consid. 9b). L'intimée était dès lors fondée à mettre fin au paiement de ses indemnités journalières au 31 mai 2017.

19. Le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise externe.

a. Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2).

Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur

une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; ATF 124 V 90 consid. 4b).

b. En l'espèce, aucun élément du dossier n'est susceptible de mettre en doute la valeur probante des appréciations du Dr F\_\_\_\_\_. Par conséquent, il n'existe aucune raison justifiant de mettre en œuvre une expertise externe.

20. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis sur la seule question de la rente d'invalidité et la décision du 29 novembre 2017 est annulée au sens des considérants. Le dossier est renvoyé à l'intimée pour calcul de la rente d'invalidité.

Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 29 novembre 2017 au sens des considérants.
3. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 26 % de la part de l'intimée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul de la rente.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant un montant de CHF 3'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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