RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1716/2022 **ATAS/335/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 mai 2023

Chambre 2

En la cause

A_____ recourant

représenté par APAS-Association permanence défense des patients et assurés, soit pour elle Roman SEITENFUS, mandataire

contre

AXA ASSURANCES SA intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 14 septembre 2018, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1980, célibataire, a fait l'objet d'une "déclaration de sinistre LAA" de la part du B_____ (ci-après: l'employeur), sis dans le canton de Genève, auprès duquel il avait été engagé, le 4 avril 2018 et pour une durée déterminée, en qualité d'"employé/travailleur semi qualifié", pour une activité de plongeur au restaurant, avec un taux d'occupation contractuel de 100% (42 heures par semaine).

La date du sinistre indiquée était la veille 13 septembre 2018, et les faits étaient décrits comme suit : "Je descendais la route à vélo, la roue arrière s'est bloquée et suis tombé à terre". La lésion consistait en "facture + éraflures" aux "épaules + côtes + clavicule" droites.

b. Depuis ledit 13 septembre 2018, des certificats d'incapacité de travail à 100% pour accident ont été régulièrement établis, le premier le jour même par le service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) jusqu'auquel l'intéressé avait été transporté en ambulance.

c. Dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, l'assureur-accidents compétent, à savoir AXA ASSURANCES SA (ci-après: AXA, l'assurance-accidents ou l'intimé), a, à la suite de son courrier du 22 janvier 2020, pris en charge ce cas, par des indemnités journalières et prises en charge de traitements, et l'a instruit, en particulier en recueillant les avis médicaux qui suivent.

d. Figurent au dossier des rapports du service de radiologie des HUG afférents à un scanner de l'épaule droite du 13 septembre 2018 ainsi qu'à des radiographies de l'épaule et du thorax le même jour, de même qu'un rapport du 18 septembre 2018 du service de médecine de premier recours des HUG indiquant, comme "diagnostic principal", une fracture de l'omoplate et, comme autres problèmes", une fracture costale, attestant une incapacité – totale – de travail du 13 septembre au 7 octobre 2018 et préconisant notamment un traitement conservateur et antalgique et une immobilisation par gilet orthopédique pendant six semaines.

Une IRM le 25 octobre 2018 et un scanner le 19 novembre 2018 de l'épaule droite ont été effectués par les docteurs C_____ et D_____, radiologues FMH, selon leurs rapports des 25 octobre et 21 novembre 2018.

Le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et alors chirurgien orthopédiste traitant, a établi des rapports, les 22 novembre 2018 ainsi que 11 janvier (mentionnant comme thérapie le gilet orthopédique et la physiothérapie), 14 mars (évoquant uniquement la physiothérapie, pour une longue durée) et 15 avril 2019 (attestant une incapacité de travail à 100%).

En parallèle était suivi un traitement auprès de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, dont le docteur F_____, médecin interne, a émis le 21 mars 2019 un bon pour cinq séances d'ostéopathie et le docteur G_____, chef de clinique, a mentionné le 14 mai 2019 une mobilisation libre depuis le 22 janvier 2019 mais une raideur de l'épaule droite très importante, accompagnée de douleur, et l'absence d'anti-douleur et de physiothérapie si ce n'est quelques exercices d'auto-étirements à domicile, ainsi que le diagnostic de "raideur épaule droite suite à immobilisation prolongée".

e. Le 28 juin 2019, à la demande d'AXA, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expert certifié SIM et médecin-conseil de l'assurance-accidents, a établi un rapport d'expertise servant de bilan clinique et assécurologique pour les suites de l'accident du 13 septembre 2018 et faisant suite à un examen clinique du 24 mai 2019.

Selon cet expert, s'agissant du diagnostic, il y avait une fracture complexe, extra-atriculaire, du pilier et du corps de l'omoplate droite, suite à une chute à vélo, une "association avec des fractures costales en regard, sans complication", et était constatée une tendinose de la coiffe des rotateurs sur l'IRM. Ces constatations fracturaires étaient, avec vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident, et il n'y avait pas d'état maladif ou de suite d'accident antérieur jouant un rôle, ni de *statu quo sine*, ni de stabilisation du cas, même si une amélioration de l'épaule droite était survenue progressivement avec les séances de physiothérapie. Il n'y avait à ce jour pas de capacité de travail dans l'activité habituelle de plongeur, et on pouvait s'attendre à terme à une activité professionnelle réalisée à la journée entière sans baisse de rendement, activité réalisée indifféremment en position assise ou debout, sans limitation au niveau des membres inférieurs ni au niveau du rachis et du membre supérieur gauche, mais avec un port de charges ponctuel du côté droit (qui était le côté dominant) limité à 10 kg et sans devoir porter le bras en hauteur au-delà de l'horizontale, et avec "de façon idéale" l'avant-bras reposant sur un support et en ayant un siège à hauteur variable.

f. Par la suite, ont été fournies à l'assurance-accidents des réponses à des questionnaires fournis le 13 août 2019 par le Dr G_____ de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG – qui a prescrit le 17 octobre 2019 huit séances d'ostéopathie – et le 20 novembre 2019 par le Dr E_____ – qui a maintenu une incapacité de travail à 100% pour un "patient très motivé".

En parallèle, le 11 novembre 2019, le service de neurologie des HUG a, concernant les douleurs au niveau de l'épaule droite et à la suite d'un examen ENMG du même jour, conclu : "Neurographie normale, atteinte neurogène chronique dans le [membre] deltoïde droit, lié à l'atrophie. Vu l'examen clinique et l'anamnèse, une névrite périmée (2018) du plexus brachial à droite ne peut pas être complètement exclue, mais semble peu probable (env. 5% des cas liés à un traumatisme)".

Dans un rapport du 9 décembre 2019 faisant suite à une "consultation ambulatoire initiale – chirurgie de la main" du 25 novembre 2019, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, par le docteur I_____, chef de clinique, a, au titre de "diagnostic principal", retenu un traumatisme de l'épaule droite du 13 septembre 2018 avec : - fracture extra-articulaire multi-fragmentaire du corps de l'omoplate (traitée conservativement); - suspicion de névrite du plexus brachial au décours; - raideur et dyskinésie scapulo-thoracique; - arthropathie acromioclaviculaire; - tendinopathie de la coiffe des rotateurs sans rupture transfixiante. En conclusion, il n'y avait pas d'élément clinique pour une lésion du plexus, ni d'atrophie musculaire à l'examen clinique et à l'IRM; étaient retenues une forte dyskinésie thoraco-scapulaire – ou scapulo-thoracique – limitant la mobilité globale de l'épaule ainsi qu'une arthropathie douloureuse acromio-claviculaire. N'était pas préconisée une indication chirurgicale ou de neurotisation, mais une physiothérapie intensive centrée sur la rééducation scapulo-thoracale et éventuellement une infiltration thérapeutique de l'articulation acromio-claviculaire.

Le 7 juillet 2020, le Dr G_____ de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG a répondu à des questions d'AXA.

Le 5 novembre 2020, huit séances d'ostéopathie ont été prescrites par les HUG, et, le 5 janvier 2021, neuf séances.

Parallèlement, le 13 novembre 2020 et à la suite d'examens neurographique et électromyographique du même jour, le service de neurologie des HUG a, concernant les douleurs au niveau de l'épaule droite le 11 novembre précédent, conclu : "L'examen électroneurographique montre des signes d'atteinte neurogène chronique modérée sans signe de dénervation aiguë, probablement en lien avec une atteinte du nerf axillaire isolée ancienne, d'origine mécanique dans le cadre de l'accident/de la fracture. Il n'y a pas d'argument pour une névrite ancienne (pas d'atteinte axonale à la neurographie) ou d'atteinte du plexus brachial (neurographie sensitive normale dans le territoire C5/C6). Nous n'avons pas prévu de revoir le patient, mais restons à disposition".

Le 14 décembre 2020, le Dr D_____ (radiologue FMH) a rédigé un rapport à la suite d'une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le même jour.

g. Le 24 mars 2021, à la demande de l'assurance-accidents, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main et expert certifié SIM, a établi un rapport d'expertise, à la suite d'un examen clinique du 29 janvier 2021.

Cet expert a mentionné dans l'anamnèse que l'assurance-invalidité (ci-après: AI) n'était pas entrée en matière sur une demande de l'expertisé et que ce dernier n'avait, dans ce cadre, bénéficié d'aucune mesure concrète de réinsertion professionnelle. Il a posé les diagnostics de limitation fonctionnelle douloureuse modeste en élévation de l'épaule droite, de status après fracture multi-

fragmentaire de l'aile de l'omoplate droite le 13 septembre 2018, consolidée avec une incongruence centimétrique causant un dysfonctionnement omothoracique résiduel, ainsi que de conflit sous-acromial chronique de l'épaule droite sur troubles dégénératifs anciens, auparavant asymptomatique. Le dysfonctionnement omothoracique de l'épaule droite était certainement en lien de causalité naturelle avec l'accident. Le *statu quo sine* ne serait plus jamais retrouvé en raison de la déformation définitive de l'aile de l'omoplate entraînant une incongruence séquellaire de l'articulation scapulo-thoracique. S'agissant de la capacité de travail en lien avec l'accident, toute activité professionnelle nécessitant l'usage en force ou les mouvements répétitifs en hauteur de l'épaule droite, y compris en partie l'activité de plongeur, était définitivement compromise; dans toute autre activité professionnelle légère se déroulant sur un plan de travail rabaissé, l'expertisé pourrait d'ores et déjà reprendre le travail à temps complet (en termes de temps comme de rendement) et cela au moins depuis l'automne 2020. Un traitement espacé de physiothérapie et surtout les exercices personnels à domicile devraient être poursuivis jusqu'à la fin de l'année en cours, après quoi la physiothérapie pourrait être arrêtée et l'assuré entretiendrait lui-même la fonction résiduelle de son épaule, sans qu'il faille compter avec d'éventuelles répercussions desdits traitements sur la capacité de travail. Un taux d'atteinte à l'intégrité de 10% pouvait être retenu selon la "table 1.2" de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA), taux qui n'allait plus se modifier par la suite étant donné que l'état de l'intéressé était en voie de stabilisation.

h. Par décision du 8 avril 2021, AXA, faisant siennes les conclusions de l'expert KOHUT et estimant que le cas était pratiquement stabilisé et ne nécessitait plus de traitement médical susceptible d'amener une amélioration significative de l'état de l'assuré, a octroyé à celui-ci une indemnité pour atteinte à l'indemnité (ci-après: IPAI) de 10%, soit CHF 14'820.- par rapport au salaire annuel assurable au moment de l'accident en 2018 de CHF 148'200.-, et lui a refusé toute rente d'invalidité, tout en se déclarant d'accord, pour solde de tout compte, de prendre encore en charge une dernière série de neuf séances de physiothérapie jusqu'à fin 2021 et en considérant avoir été généreuse en versant à l'intéressé des indemnités journalières jusqu'à fin 2020.

i. Dans une opposition du 30 avril 2021, l'assuré a contesté le taux d'IPAI de 10%, l'arrêt de la prise en charge de ses séances de physiothérapie et le refus d'une rente d'invalidité, laquelle devait être d'au moins de 10%.

j. Par lettre du 11 mai 2021, l'assurance-accidents a répondu aux griefs de l'intéressé, lui transmettant en outre des documents administratifs en assurance-accidents ainsi que des documents en rapport avec l'AI.

k. Le 13 juillet 2021, l'assuré a complété son opposition.

l. Parallèlement, les 8 et 9 juin 2021, le Dr E_____ a établi des rapports.

Le 15 juin 2021, le docteur K_____, médecin praticien FMH, a émis une "attestation médicale".

Le 23 juillet 2021, la doctoresse L_____, radiologue FMH, a établi un rapport à la suite de radiographies effectuées le même jour.

Le 8 novembre 2021, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation au sein du centre de médecine du sport et de l'exercice d'une clinique privée genevoise, a écrit avoir examiné l'intéressé à quatre reprises entre février et octobre 2021, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail étant un status après fracture multi-fragmentaire de l'omoplate droite, consolidée mais où persistait une incongruence omothoracique. Le rapport d'expertise du Dr J_____ était discuté. Le cas n'était pas encore stabilisé au plan médical. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, on pouvait probablement retenir ce jour une capacité de travail de 50% ("estimation arbitraire"), avec une baisse de rendement estimée à 10% compte tenu du manque d'endurance, de l'importante fatigabilité du membre supérieur et du déficit de force.

m. En réponse à une demande d'assistance administrative du 14 décembre 2021 d'AXA qui mentionnait un rapport établi par le service médical régional de l'AI (SMR) qui avait servi de base à une décision de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) du 19 juin 2020, ce dernier lui a transmis, le 3 janvier 2022, les références de l'accès informatique au CD du dossier AI – également transmis – de l'intéressé.

n. Dans un rapport complémentaire du 9 février 2022 et à la demande de l'assurance-accidents, l'expert J_____ s'est déterminé sur les éléments nouveaux postérieurs à son rapport d'expertise, essentiellement l'avis du Dr M_____, et a persisté dans les conclusions émises dans celui-ci.

o. Après les certificats d'incapacité totale de travail émis par le Dr E_____, le Dr M_____ a établi des certificats d'incapacité de travail depuis le 1er janvier 2022 et à tout le moins jusqu'au 31 mars 2022.

p. Par décision sur opposition rendue le 6 avril 2022 et notifiée le 13 avril suivant, AXA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision – initiale – du 8 avril 2021, dont il a confirmé l'entier des termes, y compris la stabilisation de l'état de l'intéressé depuis le 31 décembre 2020.

B. **a.** Par acte du 24 mai 2022, l'assuré, désormais représenté par une association de défense des assurés, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre cette décision sur opposition. Il a conclu à son annulation et, cela fait, principalement au versement des indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2022 et à l'octroi d'une IPAI de 40%, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% du 1er janvier au 31 octobre 2021 et de 45% du 1er novembre 2021 au 31 mars 2022 ainsi que d'une IPAI de 40%. Plus

subsidiairement, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique, la suite de la procédure étant réservée.

Etaient entre autres produites des notes manuscrites du 4 avril 2019 contenant les réponses du gestionnaire en charge du cas au sein de l'intimée (mentionnant notamment l'avis du Dr H_____) apportées à des questions d'un autre collaborateur, de même que des notes manuscrites dudit gestionnaire du cas d'août ("questions particulières" et "réponse du médecin-conseil") ainsi que des 23 août et 2 décembre 2019 ainsi que 10 février, 5 mars, 12 août et 7 septembre 2020 se référant au Dr J_____.

b. Par réponse du 13 juillet 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, tout en précisant notamment que ces notes manuscrites n'émanaient pas du Dr J_____ mais seulement du gestionnaire en charge du cas.

c. Le 22 août 2022, le recourant a répliqué, persistant dans les conclusions de son recours et sollicitant l'audition des Drs K_____ et M_____, dont il était en attente de rapports.

d. Le 28 septembre 2022 et à la demande de la chambre des assurances sociales, il a produit un rapport du 21 septembre 2022 du Dr M_____ (dont la dernière consultation datait de juillet 2022) et a précisé ne pas avoir pu obtenir de renseignements médicalement pertinents de la part du Dr K_____, dont il renonçait dès lors à l'audition.

e. Par écriture – spontanée – du 10 novembre 2022 transmise le 15 novembre suivant pour information par la chambre de céans à l'assuré –, l'intimée a contesté les appréciations du Dr M_____ contraires à celles de l'expert J_____.

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 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.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours et compte tenu des féries judiciaires - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA et et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4.

4.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, si ladite loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI) si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

4.2 Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il 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 (al. 2).

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

Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'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 (IPAI; al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral peut fixer la

naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2).

4.3 L'art. 19 LAA dispose que 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'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2).

L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi, du point de vue temporel, le droit aux prestations temporaires que sont les indemnités journalières et la prise en charge du traitement d'une part, et le droit à la rente – et à l'IPAI (art. 24 al. 2 LAA) – d'autre part (arrêts du Tribunal fédéral 8C_320/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et 8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.2), la suspension des prestations provisoires (indemnités journalières et prise en charge du traitement) et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente et à l'IPAI étant des questions si étroitement liées entre elles qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2).

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 (143 V 148 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1), pas plus que la simple possibilité d'une amélioration (arrêts du Tribunal fédéral 8C_219/2022 du 2 juin 2022 consid. 4.1 et U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 RKUV 2005 Nr. U 557 p. 388). Le terme « sensible » indique donc que l'amélioration espérée par un autre traitement (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être importante (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_219/2022 précité consid. 4.1 et 8C_614/2019 du 29 janvier 2020 consid. 5.2 s., in SVR 2020 UV n° 24 p. 95). Ainsi, l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références) et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_219/2022 précité consid. 4.1 et 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1).

Dès qu'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, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI (ATF 143 V 148 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

4.4 Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

4.5 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident.

Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est

plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

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

4.6.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

4.6.2 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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

4.7

4.7.1 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; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).

4.7.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

4.7.3 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

4.7.4 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

4.7.5 Au surplus, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

5.

5.1 En l'espèce, il convient, au préalable, de déterminer l'objet du litige.

Au vu de la délimitation temporelle entre d'une part le droit au traitement médical et aux indemnités journalières et d'autre part le droit à la rente et à l'IPAI, ainsi que des conclusions du recours, il y aura lieu d'examiner si et quand le cas du recourant a été stabilisé et, si la position de l'intimée sur ce point est confirmée, de se prononcer sur les conclusions de l'assuré relatives à un taux d'invalidité donnant droit à une rente ainsi qu'au taux de l'IPAI.

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

5.2 Pour ce qui est de la question d'éventuelles mesures d'instruction à ordonner – indépendamment de la question de la conclusion subsidiaire du recourant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique –, des pièces de fond du

dossier AI ne figurent pas au dossier à disposition de la chambre de céans. Toutefois, l'intéressé ne se prévaut aucunement de quelconques éléments du dossier AI et rien ne permet de penser que ce dernier contiendrait de tels éléments qui puissent le cas échéant être pertinents. Il n'y a dès lors aucune nécessité ou utilité à ordonner un apport du dossier AI.

Par ailleurs, dans son écriture du 28 septembre 2022, le recourant a renoncé à l'audition à titre de témoin du Dr K_____ qu'il avait initialement sollicitée le 22 août 2022, mais pas expressément à celle du Dr M_____ demandée également le 22 août 2022 sans toutefois confirmer cette demande de mesure d'instruction. Cela étant, dans cette – dernière – écriture du 22 septembre 2022, il a produit un rapport récent et circonstancié de ce médecin spécialiste, et on ne voit aucunement qu'une audition de ce dernier pourrait apporter d'éventuels renseignements pertinents en plus de son dernier rapport. Une telle audition n'apparaît donc, par appréciation anticipée des preuves à tout le moins, pas nécessaire.

5.3 Il faut tout d'abord répondre d'une part à la question de savoir si et quand le cas du recourant a été stabilisé, en ce sens qu'il n'y aurait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état (tandis que rien n'indique l'existence d'éventuelles mesures de réadaptation de l'AI), d'autre part aux questions relatives aux limitations fonctionnelles et au taux de capacité de travail (y compris son évolution) qui peuvent aussi avoir une incidence sur l'éventuel droit à une rente. En revanche, la question de la fixation du taux de l'IPAI devra faire l'objet d'un examen séparé compte tenu de son caractère très spécifique, reposant notamment sur des tables.

5.3.1 Concernant lesdites questions de la stabilisation de l'état de l'assuré, de ses limitations fonctionnelles et de son taux de capacité de travail, la position de l'assurance-accidents repose essentiellement sur l'expertise du Dr J_____, le Dr H_____, médecin-conseil, ayant quant à lui admis l'absence en juin 2019 de stabilisation du cas, pour laquelle il fallait attendre encore, selon lui, six mois.

Compte tenu des notes manuscrites rédigées par le gestionnaire en charge du cas rapportant pour la plupart d'entre elles des propos que lui aurait tenus le Dr J_____ même avant l'examen de l'assuré et l'établissement de l'expertise, cet expert doit, dans la présente cause, être assimilé à un médecin-conseil de l'intimée, qualité de médecin-conseil qui ressort du reste de l'en-tête de son complément d'expertise du 9 février 2022.

Aucun élément ne permet de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Contrairement à ce que semble faire valoir le recourant dans son recours, le fait que le Dr J_____ aurait dit au gestionnaire en charge du cas avant l'expertise, le 5 mars 2020 selon les notes manuscrites de ce dernier, que "les carottes sont cuites – il faut le recycler, il n'a que 40 ans" n'implique pas un préjugement quant à la stabilisation de l'état de

santé de l'intéressé mais signifie principalement, au regard notamment des notes du 10 février 2020, que l'activité habituelle de plongeur était durablement compromise et qu'il fallait lui trouver rapidement une activité adaptée, sans que ledit médecin soit empêché d'établir ultérieurement un rapport d'expertise impartial reposant notamment sur un examen clinique et pas seulement des entretiens téléphoniques.

Le rapport d'expertise du Dr J_____ répond, sur le plan formel et d'une manière générale, en principe aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante : cette expertise a été conduite par un médecin spécialiste du domaine en question (chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. L'expert a personnellement examiné l'intéressé préalablement à l'établissement de son rapport. Il a consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé ses propres constatations. Il a en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu aux questions posées.

D'après le recourant, le raisonnement et les conclusions de cet expert quant à la stabilisation de son état de santé à l'automne ne sont pas clairs et insuffisamment motivés, et sont contredits par certains éléments du dossier, en particulier les rapports des Drs I_____, K_____ et M_____.

5.3.2 Selon le rapport – initial – de mars 2021 de l'expert J_____, les diagnostics consistaient en des limitations fonctionnelles douloureuses modestes en élévation de l'épaule droite, en un status après fracture multi-fragmentaire de l'aile de l'omoplate droite le 13 septembre 2018, consolidée avec une incongruence centimétrique causant un dysfonctionnement omothoracique résiduel, ainsi qu'en un conflit sous-acromial chronique de l'épaule droite sur troubles dégénératifs anciens, auparavant asymptomatique. Le dysfonctionnement omothoracique de l'épaule droite était certainement en lien de causalité naturelle avec l'accident. Toute l'imagerie médicale montrait très nettement la présence de troubles dégénératifs préexistants, notamment un conflit sous-acromial chronique avec tendinopathie interstitielle du sus-épineux; il était difficile de quantifier le rôle joué actuellement par "cet état pathologique préexistant dont la limitation fonctionnelle douloureuse résiduelle de son épaule droite"; il était toutefois probablement mineur (de l'ordre d'1/4 à 1/3 des troubles résiduels). Le *statu quo sine* ne serait plus jamais retrouvé en raison de la déformation définitive de l'aile de l'omoplate entraînant une incongruence séquellaire de l'articulation scapulo-thoracique. S'agissant de la capacité de travail en lien avec l'accident, toute activité professionnelle nécessitant l'usage en force ou les mouvements répétitifs en hauteur de l'épaule droite, y compris en partie l'activité de plongeur, était définitivement compromise; dans toute autre activité professionnelle légère se déroulant sur un plan de travail rabaissé, l'expertisé pourrait d'ores et déjà reprendre le travail à temps complet (en termes de temps comme de rendement) et

cela au moins depuis l'automne 2020. À la question de savoir si on pouvait tenir pour vraisemblable l'apparition de phénomènes d'adaptation et d'accoutumance, était répondu que d'ici la fin de l'année en cours – 2021 –, on pouvait encore s'attendre à une petite amélioration fonctionnelle et l'intervention de phénomènes d'adaptation et d'accoutumance, qui ne seraient probablement pas suffisants pour envisager la reprise du travail habituel de plongeur. Un traitement espacé de physiothérapie et surtout les exercices personnels à domicile devraient être poursuivis jusqu'à la fin de l'année en cours, après quoi la physiothérapie pourrait être arrêtée et l'assuré entretiendrait lui-même la fonction résiduelle de son épaule, sans qu'il faille compter avec d'éventuelles répercussions desdits traitements sur la capacité de travail. Un taux d'atteinte à l'intégrité, de 10%, pouvait être fixé, car il n'allait plus se modifier par la suite étant donné que l'état de l'intéressé était en voie de stabilisation.

De ces conclusions ressort le fait que, sous l'angle de la capacité de travail, l'expert escompte une petite amélioration de l'état de santé du recourant grâce aux traitements, mais pas une amélioration sensible ou significative.

5.3.3 C'est en vain que, dans son recours, l'assuré se prévaut du rapport du Dr I_____ – qui fait notamment état d'une forte dyskinésie scapulo-thoracique limitant la mobilité globale de l'épaule –, étant donné que ce rapport a été établi plus d'une année avant l'expertise, en décembre 2019.

5.3.4 Le rapport du 15 juin 2021 du Dr K_____ pourrait être compris comme allant, à tout le moins en partie, dans le sens d'une stabilisation du cas quelques mois avant son établissement en juin 2021, donc possiblement à fin 2020. En effet, selon ce médecin, les traitements apportés (conservateurs et avec immobilisations d'usage), surtout symptomatiques, avaient débouché sur une forte limitation de tous les mouvements du bras droit, ainsi que d'une partie du flanc droit et de la quasi-totalité de la zone de l'omoplate droite; en quelques mois, la mobilité devenant moins douloureuse, le patient se plaignant moins, les différents thérapeutes en charge avaient apprécié cette évolution malgré la constatation de limitations et de douleurs lors de mouvements même sans amplitude, et l'évolution avait été considérée comme stabilisée.

Certes, toujours d'après ce rapport, l'expérience du Dr K_____ (40 ans) montrait qu'un simple défaut d'axe dans un endroit charnière du système ostéo-squelettique et soumis à de fortes contraintes, finirait toujours par dégénérer en limitations plus étendues et avec le temps douloureuses, rendant nécessaire un suivi quasi permanent, ne serait-ce que pour éviter cette aggravation de la situation; au moment du rapport (juin 2021), la mobilité était fortement limitée, relativement calme lors d'une position de repos mais devenant rapidement douloureuse dans les gestes de tous les jours, à plus forte raison lors de mouvements dans le cadre d'une activité même légère; les derniers mois avaient plutôt laissé apparaître un élargissement de l'étendue de ces limitations à la colonne dorsale, à la colonne cervicale ainsi qu'au sternum et jonctions costo-sternales, cette évolution négative

ayant été constatée par plusieurs spécialistes, raison des demandes de consultation auprès dudit médecin praticien; il était impératif de permettre à l'intéressé de poursuivre ses traitements ou recherches de traitement pendant qu'il était encore motivé, afin d'éviter qu'il soit irrémédiablement entraîné vers une prise en charge beaucoup plus lourde et coûteuse; prenant en charge cette variété de pathologies ostéo-articulaires chroniques et évolutives, le Dr K_____ avait bon espoir de ramener le patient vers une activité adaptée stable dans le temps, avec un traitement adapté court de six à douze mois, si aucun obstacle (résistance, abandon, sinistrose, etc.) ne venait entraver cette démarche.

Toutefois, ces constatations et appréciations émises par le Dr K_____ reposent en grande partie sur les avis de spécialistes et ses constatations personnelles, fondées apparemment en grande partie sur son expérience, apparaissent sommaires et peu précises, ce médecin n'étant du reste pas spécialiste mais médecin praticien FMH.

Partant, les conclusions du Dr K_____, qui ne se prononcent au demeurant pas de manière précise sur les objets du litige (stabilisation ou non du cas et le cas échéant quand, ainsi que la capacité ou non de travail, limitations fonctionnelles) ne sont pas susceptibles de mettre en doute celles du rapport d'expertise.

5.3.5 Ainsi, les griefs du recourant se fondent sur l'essentiel sur les avis du Dr M_____.

Le 8 novembre 2021, ce spécialiste, qui avait examiné l'intéressé à quatre reprises entre février et octobre 2021, a énoncé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de status après fracture multi-fragmentaire de l'omoplate droite, consolidée mais où persistait une incongruence omothoracique; s'y associait comme conséquence directe une très importante dyskinésie de l'omoplate droite, encore largement présente, mais en voie d'amélioration entre sa première et sa dernière consultation (donc entre février et octobre 2021); le tout entraînait de sérieuses limitations fonctionnelles de cette épaule droite, tant liées à une douleur résiduelle qu'à une restriction des amplitudes articulaires, tout particulièrement en élévation antérieure et en abduction; il se surajoutait un conflit sous-acromial secondaire à la dyskinésie; par ailleurs, dans les limitations fonctionnelles susévoquées, il fallait encore mentionner une diminution de force et une fatigabilité accrue du membre supérieur [droit] tant au niveau de la force d'élévation, que même de la force de préhension de la main [droite]". Le rapport d'expertise du Dr J_____ était discuté. D'après le Dr M_____, lorsqu'il avait vu l'assuré pour la première fois le 23 février 2021, les limitations fonctionnelles et surtout la douleur étaient telles qu'il n'aurait pas toléré une activité même légère. Malgré une claire amélioration grâce à un travail régulier ainsi qu'à une physiothérapie dédiée, spécifique et très adaptée pendant huit mois, le cas n'était pas encore – au 8 novembre 2021 – stabilisé au plan médical, de sorte qu'il fallait donner la chance au patient, "assuré volontaire", de pouvoir continuer à s'améliorer encore durant les six premiers mois de l'année 2022 au moyen d'une

rééducation spécifique et dédiée à sa problématique. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, on pouvait probablement retenir ce jour une capacité de travail de 50% ("estimation arbitraire"), avec une baisse de rendement estimée à 10% compte tenu du manque d'endurance, de l'importante fatigabilité du membre supérieur et du déficit de force.

Dans son rapport d'expertise complémentaire du 9 février 2022 et à la demande de l'assurance-accidents, l'expert J_____ s'est déterminé sur ce rapport du Dr M_____ et a persisté dans les conclusions émises dans son rapport d'expertise initial.

Le 21 septembre 2022, le Dr M_____ a maintenu et complété ses appréciations et conclusions. À teneur de ses explications, entre son rapport de novembre 2021 et la dernière consultation de juillet 2022, l'intéressé avait progressé de manière spectaculaire dans le cadre du programme de rééducation globale comprenant thérapie manuelle, renforcement musculaire, ostéopathie douce et surtout en parallèle travail postural régulier et important. C'était bien la preuve que son état physique ne devait pas être considéré comme stabilisé à fin 2020 ou même courant 2021. La capacité de travail du patient était, depuis mars 2022, entière dans une activité – adaptée – tenant compte de certaines limitations fonctionnellement et d'un rendement quelque peu diminué, ce alors qu'en février 2021 l'intéressé était strictement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit et qu'en automne 2021 il avait récupéré – dans une activité adaptée – une capacité de travail théorique de l'ordre de 50%.

5.3.6 Cela étant, contrairement à ce que fait valoir le recourant, ni ce dernier ni le Dr M_____ n'ont clairement fait état d'atteintes qui auraient été plus étendues qu'à l'épaule droite et touché notamment la colonne dorsale, la main, etc.

Certes, ledit spécialiste a évoqué le 8 novembre 2021 un problème de force de préhension de la main droite, mais ce problème apparaissait lié, selon ses explications, à "une diminution de force et une fatigabilité accrue du membre supérieur [droit] tant au niveau de la force d'élévation, que même de la force de préhension de la main [droite]". Il est également exact que, le 8 novembre 2021, le Dr M_____ a relevé "de façon chronique des contractures cervico-scapulaires du côté [droit], prédominant sur les scalènes, le sterno-cléidomastoïdien et le trapèze", mais rien ne permet de penser que, si elles étaient établies, de telles contractures – qui se situeraient en amont de l'épaule droite, notamment au niveau du cou – auraient eu un effet important quant à la capacité de travail.

5.3.7 Par ailleurs, d'après le recourant, l'expert J_____ n'aurait pas tenu compte de la dyskinésie et des problèmes que celle-ci aurait engendrés sur la fonctionnalité de son membre supérieur droit.

À teneur d'un article de 2012 "Dyskinésie de l'omoplate" de la Revue médicale suisse dont les auteurs sont les docteurs Stéphane BORLOZ, Véronique GRAF et M_____ ainsi que la physiothérapeute Suzanne GARD (p. 2422 ss, spéc. 2428

[conclusion]) et qui a été produit par le recourant afin de démontrer les compétences de "spécialiste reconnu" du Dr M_____ – compétences qu'il n'y a pas lieu de contester –, "l'omoplate joue un rôle majeur dans la fonction de l'épaule, en particulier dans toutes les activités sportives ou professionnelles impliquant des mouvements répétés des membres supérieurs. Un défaut de positionnement statique de l'omoplate ainsi qu'une dynamique scapulo-humérale perturbée caractérisent ce que l'on dénomme la dyskinésie de l'omoplate; cette entité est une problématique souvent méconnue dans l'évaluation d'une épaule douloureuse, dont elle est le plus souvent une réponse non spécifique. L'examen clinique du complexe de l'épaule est indispensable et ne se limite pas à l'articulation gléno-humérale. […] Le traitement d'une dyskinésie repose sur un protocole de rééducation bien conduit et progressif. Ce dernier est composé d'exercices d'étirements musculaires et capsulo-ligamentaires ciblés sur les structures rétractées, ainsi que de renforcement musculaire destinés à améliorer la stabilité dynamique de l'omoplate au cours de l'activité" (https://www.revmed.ch/view/492686/4075480/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2012-45s_sa02_art02.pdf).

Une dyskinésie a été évoquée pour la première fois dans le rapport du 9 décembre 2019 du Dr I_____ faisant suite à une "consultation ambulatoire initiale – chirurgie de la main" du 25 novembre 2019, qui a fait état d'une forte dyskinésie scapulo-thoracique limitant la mobilité globale de l'épaule ainsi qu'une arthropathie douloureuse acromio-claviculaire.

Or, un peu plus d'une année plus tard, dans son rapport initial, sous "status" – découlant notamment de l'examen clinique de l'expertisé effectué le 29 janvier 2021 –, l'expert J_____ a écrit que les deux épaules étaient à niveau, sans nette amyoptrophie de la ceinture scapulaire ni des membres supérieurs. L'élévation de l'épaule droite s'accompagnait de douleurs surtout sous-acromiales et, dans une moindre mesure, scapulaires au passage de l'angle droit et en fin de course d'abduction et de flexion, et un craquement sous-acromial était perceptible lors du passage de l'horizontale. Puis l'expert a constaté une légère dyskinésie scapulo-thoracique droite, mais sans crépitement ni craquement palpable à ce niveau". En outre, toujours d'après lui, les signes de provocation à la recherche d'un conflit sous-acromial étaient douloureux et moins bien tenus à droite qu'à gauche.

Certes, dans son complément d'expertise du 9 février 2022, le Dr J_____ a écrit que, comme lui-même, le Dr M_____ situait le problème principal au niveau de la dyskinésie sur incongruence post-traumatique omothoracique, mais que là où leurs avis divergeaient était la nature du conflit sous-acromial, considérée par le Dr M_____ comme secondaire à la dyskinésie, alors que lui-même avait démontré dans son rapport initial d'expertise qu'il s'agissait de troubles dégénératifs anciens, auparavant asymptomatiques (arthrose acromio-claviculaire débutante, conflit sous-acromial chronique, tendinopathie interstitielle du sus-épineux avec amyotrophie Goutallier 1 de son corps musculaire).

Selon le rapport du 21 septembre 2022 du Dr M_____, le passage, dans l'appréciation de l'expert J_____ d'une dyskinésie scapulo-thoracique à une dyskinésie qui représentait le problème principal constituerait une très claire modification de son appréciation fonctionnelle de l'épaule droite.

Toutefois, ce changement dans les seuls termes utilisés par l'expert n'apparaît pas suffisamment important pour remettre en cause ses conclusions initiales. Le Dr M_____ n'explique pas précisément en quoi les questions concernant la dyskinésie pourraient éventuellement avoir une influence sur la date de la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé, leurs éventuels effets sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail pouvant quant à eux être examinés ensemble avec les autres problèmes médicaux. Au demeurant, il convient de rappeler que, d'après l'expert J_____, aux diagnostics de limitation fonctionnelle douloureuse modeste en élévation de l'épaule droite et de status après fracture multi-fragmentaire de l'aile de l'omoplate droite le 13 septembre 2018 se voient ajouter une consolidation avec une incongruence centimétrique causant un dysfonctionnement omothoracique résiduel ainsi qu'un conflit sous-acromial chronique de l'épaule droite sur troubles dégénératifs anciens, auparavant asymptomatique; l'expert n'apparaît pas exclure un lien de causalité entre d'une part la dyskinésie qu'il semble exprimer par incongruence et d'autre part l'accident, puisque, selon lui, le *statu quo sine* ne serait plus jamais retrouvé en raison de la déformation définitive de l'aile de l'omoplate entraînant une incongruence séquellaire de l'articulation scapulo-thoracique.

5.3.8 Des conclusions qui seraient contraires à celles de l'expert J_____ ne ressortent pas des rapports afférents à l'imagerie médicale (en particulier radiographies, scanners, IRM) figurant au dossier.

Le rapport du Dr D_____ (radiologue FMH) établi le 14 décembre 2020 à la suite d'une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le même jour rapporte des élargissements du tendon du supra-épineux et de la bourse sous-acromiale-deltoïdienne ainsi qu'un rétrécissement de l'espace sous-acromial, mais aucun élément ne permet de penser que ces constatations contrediraient les constatations et conclusions de l'expert.

Il en va de même du rapport de la Dresse L_____ du 23 juillet 2021, qui, à la suite de radiographies effectuées le même jour, a constaté l'absence d'anomalie significative pour les colonnes cervicale et dorsale ainsi que pour les épaules gauche et droite, mentionnant néanmoins pour cette dernière un "discret écart acromio-claviculaire sous réserve d'un examen non dédié".

5.3.9 Quant au Dr E_____, qui a été pendant un certain temps le chirurgien orthopédiste traitant de l'assuré, il a expressément indiqué ne pas remettre en cause les conclusions de l'expert J_____.

En effet, dans son rapport du 9 juin 2021, ce spécialiste a noté, entre le 5 février et le 16 décembre 2020, une stagnation avec une antépulsion active qui ne dépassait

pas 90° jusqu'en décembre 2020, mois à partir duquel le patient avait commencé à présenter une mobilisation de 110 à 120° d'antépulsion active, ainsi que, durant ladite période, une rotation interne sans particularités, des douleurs en diminution mais une force toujours très faible. Ensuite, se référant à un "rapport de la consultation du 25.01.2021", il a réitéré que les douleurs étaient en diminution et a mentionné une "discussion avec le patient sur les tenants et aboutissants d'une expertise éventuelle et les suites de l'histoire concernant les prestations d'assurance et une attente sur l'intégrité ainsi que les conséquences sur sa vie professionnelle", l'"attente sur l'intégrité" signifiant vraisemblablement "atteinte à l'intégrité" et impliquant une certaine stabilisation de l'état de santé de l'intéressé. Enfin, à la fin de son rapport du 9 juin 2021, le Dr E_____ a écrit: "Rapport de la consultation du 02.02.2021: Discussion avec le patient sur les résultats de l'expertise et conseil de se plier aux résultats de l'expertise et d'essayer de trouver un travail avec les limitations proposées dans le rapport d'expertise".

5.3.10 Il est incontesté que l'activité habituelle de plongeur dans un restaurant n'est plus possible depuis l'accident.

S'agissant des limitations fonctionnelles et du taux de capacité de travail dans une activité adaptée, le 8 novembre 2021, le Dr M_____ a relevé avant tout, comme restrictions fonctionnelles, une restriction des amplitudes articulaires actives, tout particulièrement en élévation antérieure et abduction lors de tous les mouvements dépassant l'horizontale, autrement dit le plan de l'épaule. Il a noté que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, on pouvait probablement retenir ce – même – jour une capacité de travail de 50%, ce qui était une "estimation arbitraire" puisque la patient n'avait jamais été mis en condition d'exercice pour le type d'activité adaptée, et ce à quoi s'ajoutait une baisse de rendement estimée à 10% compte tenu du manque d'endurance, de l'importante fatigabilité du membre supérieur et du déficit de force.

Concernant tout d'abord les limitations fonctionnelles, on ne voit pas de divergences importantes entre les constatations du Dr M_____ et celles de l'expert J_____. Le fait que, d'après le premier (le 8 novembre 2021), les "amplitudes articulaires actives varient de quelques degrés selon l'état douloureux du patient, selon aussi la stabilité passive que l'on peut ajouter à l'omoplate lors du mouvement", n'implique pas que de telles variations auraient pu avoir une influence un tant soit peu significative sur la détermination des amplitudes. Notamment, selon le Dr M_____ (dans son rapport du 8 novembre 2021), les amplitudes articulaires de l'épaule droite étaient quasi complètes à 10° près en passif pur, l'élévation antérieure active sans aide n'excédait pas 110° à 120°, alors qu'avec une stabilisation passive de la scapula par l'examinateur on pouvait aller jusqu'à 130°, et l'abduction active ne dépassait pas 110° du côté droit. Selon l'expert (rapport d'expertise initial), en mobilité passive des deux épaules en position couchée, l'abduction à droite atteignait 120° (contre 180° à gauche), tandis qu'en mobilité active des épaule, l'abduction s'élevait à 110° à droite (contre

180° à gauche) et la flexion à 120° à droite (contre 180° à gauche). Il sied de relever que les constatations du 9 juin 2021 du Dr E_____ faisaient état, au 25 janvier 2021, d'une abduction de 90° mais aussi d'une "antépulsion au-delà de 120° active, passive complète".

Pour ce qui est ensuite du taux de capacité de travail et son évolution, l'expert J_____ ayant relevé le 9 février 2022 les termes d'"estimation arbitraire" utilisés par le Dr M_____, ce dernier a, le 21 septembre 2022, "[répété] […] que ce taux de 50% n'était pas plus arbitraire que le taux préconisé par l'expert de 100% qui ne reposait sur aucun critère objectif non plus", ajoutant: "J'avais même plutôt en ma faveur l'examen clinique de l'époque, soit début 2021, qui montrait des amplitudes actives catastrophiques, des douleurs importantes autour de la ceinture scapulaire, une fatigabilité extrême de la musculature autour de cette épaule et du membre supérieur droit, ce qui pour moi rendait toute capacité de travail strictement impossible à l'époque, soit au moment de l'expertise du [Dr] J_____".

Cela étant, en plus de ce qui a été énoncé plus haut concernant le "status", l'expert J_____ n'apparaît pas avoir omis de prendre en considération les problèmes d'amplitude, de douleurs et de fatigabilité relevés par le Dr M_____. En effet, avant le chapitre "status", l'expert a, dans le chapitre "plaintes actuelles par ordre d'importance décroissant", mentionné une limitation de l'élévation uniquement active de l'épaule droite avec un craquement lors du passage de l'horizontale (1), une diminution de la force et une fatigabilité accrue proximale du membre supérieur droit (2), enfin des douleurs sous-acromiales de l'épaule droite survenant uniquement dans les mouvements d'élévation, mais jamais en-dessous de l'horizontale ni dans les mouvements de rotations de l'épaule droite, mais aucune douleur nocturne ni aucune douleur lombaire (3).

À cet égard, ni le recourant ni le Dr M_____ n'ont contesté ces constatations du Dr J_____ afférentes aux plaintes de l'intéressé, pas plus que les constatations de l'expert, toujours découlant des plaintes et propos de l'expertisé, selon lesquelles celui-ci pouvait utiliser la main droite pour tenir une bouteille d'eau minérale et la verser dans un verre sur la table ainsi que pour effectuer toutes les tâches qui se déroulaient sur un plan de travail rabaissé comme l'écriture, la cuisine, etc., alors qu'il utilisait sa main droite en soutenant le coude de sa main gauche pour les tâches légères en hauteur et principalement sa main gauche pour les tâches lourdes et répétitives, et qu'il envisageait favorablement la reprise d'une activité adaptée de manutention légère du membre supérieur droit sur un plan de travail rabaissé tel qu'un emploi dans l'industrie légère ou dans l'horlogerie.

En définitive, il n'y a, dans la mesure notamment où tous les médecins ayant examiné l'intéressé s'accordent sur une restriction des mouvements du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale de son épaule droite, aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert J_____ en matière de limitations fonctionnelles, consistant en l'évitement de toute activité professionnelle nécessitant l'usage en force ou les mouvements répétitifs en hauteur de l'épaule

droite, au profit de toute autre activité professionnelle légère se déroulant sur un plan de travail rabaissé.

Concernant le taux de capacité de travail et les périodes considérées pour celle-ci, le Dr M_____ ne fait que substituer sa propre appréciation par rapport à celle de l'expert sans que ce soit sur la base d'éléments suffisamment précis, concrets et probants pour remettre en cause celle-ci, ce qui vaut également concernant le *dies a quo* de la stabilisation du cas.

Il n'est pas nécessaire, pour les motifs qui seront exposés plus bas, de trancher la question de savoir si le manque d'endurance, la fatigabilité du membre supérieur droit et un certain déficit de force auraient pu le cas échéant entraîner une baisse de rendement de 10% comme estimé par le Dr M_____.

5.3.11 Vu ce qui précède, au regard des descriptions et comparaisons des avis médicaux qui précèdent, ni le recourant ni les médecins traitants, en particulier le Dr M_____, ne font état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause, au plan médical, les conclusions de l'expert J_____ afférentes d'une part à la question de la stabilisation de l'état de l'assuré, d'autre part à celles des limitations fonctionnelles et du taux de capacité de travail.

Concernant ces questions, il n'est donc pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire, et il n'y a pas de motifs pour s'écarter des conclusions de l'expert.

5.4 C'est dès lors conformément au droit que l'intimée a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant à partir du 1er janvier 2021, et qu'elle a mis fin dès cette date au versement des indemnités journalières.

5.5 Concernant la question du droit à la rente, le recourant ne conteste pas en tant que telle la comparaison des revenus sans et avec invalidité effectuée par l'intimée.

5.5.1 Chez les assurés actifs – comme l'intéressé –, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, 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 137 V 334 consid. 3.3.1).

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 consid. 4.1 et les références).

5.5.2 En l'occurrence, l'assurance-accidents est partie, pour le revenu sans invalidité, du salaire de 2018 annoncé par l'employeur, soit le salaire de base contractuel (brut) de CHF 46'800.- et le 13ème salaire de CHF 3'900.-, au total CHF 50'700.-.

L'intimée a fixé le revenu avec invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; éditée par l'Office fédéral de la statistique) de 2018, avec 2021 comme "année déterminante", a choisi le niveau de compétences 1 (tâches physiques et manuelles simples) – le moins élevé – du tableau TA1_skill_level, secteur privé (https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.12488213.html); elle est partie du salaire mensuel brut (pour 40 heures par semaine) pour les hommes sous "total" de ce niveau de compétences 1, c'est-à-dire CHF 5'417.-, qui a ensuite été ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse (41,7 heures), donnant ainsi CHF 5'648.- (arrondi), soit un salaire annuel brut de CHF 67'776.-, que l'assurance-accidents a ensuite indexé, ce qui donne le salaire annuel brut en 2021 de CHF 68'916.-. L'intimée, retenant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sans diminution de rendement, a effectué une réduction – ou abattement – de 10% par rapport à ce montant de salaire afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, de sorte que le revenu avec invalidité s'élève finalement à CHF 62'025.-.

Le revenu avec invalidité (CHF 62'025.-) étant supérieur à celui sans invalidité (CHF 50'700.-), il n'y a aucune perte de gain.

5.5.3 Ces calculs ne prêtent pas le flanc à la critique, même avec une indexation en 2019 et 2020 du salaire annuel brut sans invalidité que l'assurance-accidents a omis d'effectuer et qui augmenterait ce salaire de CHF 50'700.- de 1.68141% et le ferait passer à CHF 51'553.-.

Au regard notamment des arrêts du Tribunal fédéral 8C_546/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3 et 8C_486/2019 du 18 septembre 2019 consid. 7.2.3 cités par l'intimée, l'abattement de 10% reconnu par celle-ci n'est pas contraire au droit.

5.5.4 Même si l'on admettait une baisse de rendement 10% due au manque d'endurance, à l'importante fatigabilité du membre supérieur et au déficit de force de l'assuré comme proposé par le Dr M_____, cela n'entraînerait aucun droit à une rente, puisque le revenu avec invalidité se monterait alors à CHF 55'133.-, soit un montant encore supérieur au revenu sans invalidité même indexé.

5.5.5 C'est en conséquence conformément au droit que l'assurance-accidents a refusé à l'assuré le droit à une rente.

5.6 Reste à examiner la question de la fixation du pourcentage de l'IPAI.

5.6.1 D'après l'art. 25 LAA, l'IPAI 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).

L'IPAI est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'IPAI se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (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; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

Selon l’art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence 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. 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). L'IPAI 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'IPAI est fixée d’après l’ensemble du dommage. L’indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d’indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (al. 3). 4 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 SUVA Medical 2012, p. 202).

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

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. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (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 SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

5.6.2 Dans le cas présent, selon le rapport d'expertise initiale (du 24 mars 2021) du Dr J_____, un taux d'atteinte à l'intégrité de 10% pouvait être retenu selon la "table 1.2" de la SUVA par analogie avec une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale ou une périarthrite scapulo-humérale de sévérité moyenne, taux qui n'allait plus se modifier par la suite étant donné que l'état de l'intéressé était en voie de stabilisation. Dans son complément du 9 février 2022, l'expert a considéré que les taux des "tables 1.2 et 5.2" de la SUVA n'étaient pas cumulatifs.

Le recourant conclut à une IPAI de 40%.

5.6.3 Tout d'abord, le fait que, d'après les notes manuscrites du gestionnaire en charge du cas au sein de l'intimée, le Dr J_____ aurait le 10 février 2020 estimé l'IPAI à 25% en raison d'une parésie du nerf auxiliaire, ramenée à 20%, auquel il aurait ajouté une IPAI de 20% pour cause d'arthrose grave – étant précisé que le Dr J_____ aurait estimé le 12 août 2020 l'IPAI à un taux compris entre 10 et 20%, soit 15% –, ne saurait lier ni cet expert lui-même, ni l'assurance-accidents, ni la chambre des assurances sociales, ce d'autant moins que ces pourcentages auraient été évoqués, sans examen clinique ni connaissance approfondie du dossier médical, à une époque où les suites de l'accident étaient plus graves qu'au moment de l'établissement de l'expertise.

Ensuite, on ne voit pas pour quels motifs les "signes d'atteinte neurogène chronique modérée sans signe de dénervation aiguë, probablement en lien avec une atteinte du nerf axillaire isolée ancienne, d'origine mécanique dans le cadre de l'accident/de la fracture", selon le rapport du 13 novembre 2020 du service de neurologie des HUG, pourraient avoir une gravité et une durabilité telles qu'ils pourraient être pris en considération dans le cadre de la fixation de l'IPAI.

En outre, une arthrose, gléno-humérale selon le recourant, acromio-claviculaire d'après l'expert J_____, n'a été évoquée que par ledit expert et comme une atteinte antérieure à l'accident, et aucunement par les autres médecins ayant examiné l'intéressé. On ne voit donc pas en quoi une "arthrose gléno-humérale de l'épaule" grave selon l'assuré – qui se réfère aux notes manuscrites du 10 février 2020 susmentionnées – pourrait être prise en compte dans le cadre de la fixation de l'IPAI et justifier l'application de la table 5 ("Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA", plus précisément "Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses") révisée en 2011 par la SUVA, p. 5.2.

5.6.4 À teneur de la table 1 ("Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs") révisée en 2000 par la SUVA, en p. 1.2, une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale justifie un taux d'IPAI de 10%, une épaule mobile jusqu'à l'horizontale un taux de 15%.

Selon les constatations de l'expert J_____, en mobilité passive des deux épaules en position couchée, l'abduction à droite atteignait 120° (contre 180° à gauche), tandis qu'en mobilité active des épaule, l'abduction s'élevait à 110° à droite (contre 180° à gauche) et la flexion à 120° à droite (contre 180° à gauche).

Dans la mesure où 90° constituent un angle d'un quart de la circonférence complète d'un cercle et donc la hauteur à l'horizontale de l'épaule depuis le sol, 120° correspondent à une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale, 110° jusqu'à 20° au-dessus de l'horizontale.

Il n'apparaît pas problématique de prendre en considération en particulier la flexion en mobilité active de l'épaule droite de 120° selon l'expert J_____, ce d'autant moins que le Dr E_____, se référant le 9 juin 2021 à un rapport de la consultation du 25 janvier 2021, a fait état d'une "antépulsion au-delà de 120° active, passive complète". Partant, en retenant le taux d'IPAI de 10% pour une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale, l'intimée n'a pas contrevenu au droit.

Pour le reste, on ne voit pas ici l'existence d'une instabilité articulaire au sens de la table 6 de la SUVA ("Atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire").

Enfin, on ne voit pas non plus sur quelle base l'état de l'épaule droite du recourant pourrait le cas échéant être considéré comme plus gravement atteint que dans le cas d'une luxation récidivante de l'épaule qui donne droit, selon l'annexe 3 à l'OLAA, à une IPAI de 10%.

5.6.5 Certes, dans son écriture du 22 août 2022, le recourant soutient que l'analyse effectuée par l'expert J_____ sous l'angle analogique d'un déficit de l'épaule droite jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale serait insuffisante. Selon lui, "la fracture multi-fragmentaire de l'omoplate droite s'est consolidée avec un déplacement centimétrique en baïonnette (soit une déformation définitive), entraînant une incongruence articulaire scapulo-thoracique, ainsi qu'une dyskinésie, une diminution de la force, ainsi qu'une fatigabilité accrue d'un membre supérieur droit, éléments dont n'a pas tenu compte l'assureur-accidents".

La question de l'éventuelle pertinence, dans le cadre de la fixation du taux de l'IPAI, de ces éléments ajoutés à l'obstacle de mobilité de l'épaule droite au-delà de 30° au-dessus de l'horizontale peut demeurer indécise. En effet, quoi qu'il en soit, le caractère durable, requis par les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA, de ces éléments fait en l'occurrence défaut.

5.6.6 Partant, aucun élément ne permet de s'écarter du taux de 10% de l'IPAI fixé par l'intimée.

6. Vu ce qui précède, la décision sur opposition querellée est en tous points conforme au droit, de sorte que le recours sera rejeté.

7. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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