RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2806/2020 **ATAS/99/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 février 2022

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à SALLANCHES, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG	intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1986, a obtenu un certificat d'aptitude professionnelle (ci-après : CAP) de peintre en bâtiment en juin 2004 et a travaillé en cette qualité, dès le mois de juillet 2004, pour l'entreprise B_____ (ci-après : l'employeur) à temps complet. À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 4 octobre 2018, l'assuré a subi un traumatisme de l'épaule gauche suite à une chute dans les escaliers. Compte tenu de la persistance des douleurs et d'une limitation de la mobilité, il a été en incapacité totale de travail depuis l'accident, les tentatives de reprise d'activité des 30 octobre 2018, 6 et 7 mars 2019, 30 septembre 2019 ayant été marquées par une récidive des symptômes.

c. La SUVA a pris en charge les suites du sinistre. Dans le cadre de l'instruction médicale du dossier, elle a notamment reçu des rapports d'examens radiologiques et des rapports du docteur C_____, chirurgien orthopédique et traumatologique du membre supérieur en France, du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et de la doctoresse E_____, médecin généraliste en France.

d. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a accordé à l'assuré diverses mesures d'intervention précoce, dont un coaching professionnel du 2 septembre au 31 décembre 2019, une orientation horlogère du 26 au 28 novembre 2019 et un cours de formation (« module de base horlogerie ») devant se dérouler du 6 avril au 4 décembre 2020.

e. Le 8 janvier 2020, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du 10 janvier 2020, ce médecin a retenu le diagnostic de minime fissuration du subscapulaire et considéré que le cas était stabilisé. Une activité professionnelle adaptée était exigible à 100% dès le 15 janvier 2020, sans perte de rendement. Concernant les limitations fonctionnelles, devaient être évités les mouvements fréquents et en force au-dessus du plan des épaules, ainsi que les mouvements avec des porte-à-faux en direction de l'horizontale supérieurs à 15kg. Il était certain que la profession de peintre, qui comprenait des activités de plaquiste un quart du temps, ne permettait pas toujours de respecter ce type de restrictions. L'assuré comptait reprendre son activité habituelle à titre de test durant les mois de janvier et février 2020. En cas de nouvelle incapacité de travail, un reclassement professionnel devrait alors être envisagé en respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles. L'assuré avait évoqué la possibilité de se recycler dans l'horlogerie et avait pu tester la position du travail d'horloger, sans difficulté. Enfin, il n'existait actuellement aucune atteinte à l'intégrité pouvant ouvrir le droit à une indemnité.

f. Par courrier du 17 janvier 2020, la SUVA a pris note que la tentative de reprise du travail du 15 janvier 2020 avait dû être interrompue en raison de fortes douleurs dès le lendemain. L'examen médical du 8 janvier 2020 ayant révélé que l'intéressé n'avait plus besoin de traitement, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux avec effet au 29 février 2020, mais continuerait de prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires, à savoir une physiothérapie à poursuivre pendant une durée de deux à trois mois à raison de deux fois par semaine pour améliorer la capacité de gain et la récupération, ainsi que les antalgiques habituels en cas de douleurs. Les indemnités journalières seraient versées jusqu'au 29 février 2020 en cas de production d'un certificat médical. Le droit à d'autres prestations serait encore examiné.

B. **a.** Par décision du 27 janvier 2020, la SUVA a nié les droits de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que le salaire avec invalidité se révélait supérieur au gain réalisable sans l'accident, et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, cette dernière n'étant pas suffisamment importante.

b. Le 20 février 2020, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision et requis la poursuite du versement des indemnités journalières et l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement d'une rente transitoire. Il a également conclu au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En substance, il a soutenu que sa situation médicale n'était pas stabilisée et a reproché à la SUVA de n'avoir procédé à aucune investigation pour se prononcer sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, sur le rendement ou encore l'atteinte à l'intégrité.

c. En date des 2 et 5 mars 2020, l'assuré a maintenu sa position et remis à la SUVA un rapport du 28 février 2020 du Dr D_____ et un rapport du 3 mars 2020 de la Dresse E_____.

d. Le 4 mai 2020, il lui a transmis une décision du 8 avril 2020 de l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, lui octroyant une rente d'invalidité entière du 1er octobre 2019 au 30 avril 2020. Il a soutenu que cette décision était fondée sur les avis des médecins de la SUVA et qu'il n'y avait donc aucune raison que le degré d'invalidité, fixé à 14% dès le 15 janvier 2020, ne soit pas également retenu par la SUVA.

e. Par décision sur opposition du 20 juillet 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 27 janvier 2020. Elle a maintenu que le cas était stabilisé au 29 février 2020, relevant que le chirurgien orthopédique ne parvenait pas à d'autres conclusions que son médecin d'arrondissement. La poursuite de la prise en charge médicale, admise pour autant qu'une reprise du travail dans l'activité initiale de peintre puisse avoir lieu, devenait donc sans objet. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, le salaire de valide (CHF 70'978.-), basé sur les éléments communiqués par l'employeur, n'était ni contesté ni contestable. Quant au revenu d'invalide (CHF 71'625.-), l'assuré

n'avait fait valoir aucun argument justifiant de s'écarter du montant retenu. De même, il n'avait fourni aucun document médical permettant de mettre en doute les conclusions du médecin-conseil quant à l'absence d'atteinte à l'intégrité pouvant ouvrir le droit à une telle indemnité.

C. **a.** Par acte du 14 septembre 2020, l'assuré, par l'intermédiaire d'un avocat, a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée afin de déterminer notamment si sa situation médicale était stabilisée, cas échéant à quelle date, les limitations fonctionnelles, l'exigibilité de l'activité habituelle, la capacité de rendement et le degré de l'atteinte à l'intégrité corporelle. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, à ce qu'il soit dit et constaté que sa situation médicale n'était pas stabilisée à ce jour et à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de poursuivre le versement des indemnités journalières. Subsidiairement, le recourant a requis le versement desdites indemnités jusqu'au 30 avril 2020 sur la base d'une incapacité de travail entière, l'octroi d'une rente à compter du 1er mai 2020 fixée sur la base d'un degré d'invalidité de 14% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 40%. En substance, il a reproché un manque d'instruction du dossier de la part de l'intimée, dont le médecin d'arrondissement avait rendu une appréciation « provisoire » et préconisé la reprise à titre de « test », pendant les mois de janvier et février 2020. Or, sans attendre la fin de cette reprise, qui fût impossible, l'intimée s'était empressée de rendre la décision litigieuse.

b. Par décision du 16 septembre 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 26 août 2020.

c. Dans sa réponse du 12 novembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle a considéré que son dossier était complet et permettait de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que les mesures d'instruction sollicitées ne se révélaient pas nécessaires. Elle a en particulier relevé que le traitement suggéré par son médecin d'arrondissement le 8 janvier 2020 consistait en des mesures thérapeutiques qui visaient uniquement à soulager momentanément les douleurs, en parallèle à une reprise de l'activité de peintre. Or, le recourant n'avait pas pu reprendre ce travail depuis lors. En outre, l'appréciation du chirurgien orthopédique rejoignait en tout point celle de son médecin d'arrondissement. En l'absence d'éléments médicaux ou juridiques permettant de remettre en cause sa décision, elle avait, à bon droit, retenu une stabilisation de l'état de santé et mis un terme à ses prestations.

d. Par écritures des 3 décembre 2020, 25 janvier et 24 février 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a notamment communiqué à la chambre de céans la détermination de l'OAI quant au degré d'invalidité.

e. Les 11 janvier et 9 février 2021, l'intimée a également maintenu ses conclusions.

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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 89C let. b LPA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 14 septembre 2020 contre la décision sur opposition du 20 juillet 2020 est recevable.

5. Il convient au préalable de définir l'objet du litige.

5.1 Dans la 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 ; ATF 119 Ib 33 consid. 1b et les références citées).

Selon la jurisprudence, la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical, d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente, d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2).

5.2 En l'occurrence, la décision du 20 juillet 2020 dont est recours confirme, sur opposition, celle du 27 janvier 2020 par laquelle l'intimée a statué sur les droits du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Préalablement, l'intimée avait, par courrier du 17 janvier 2020, mis un terme au versement des indemnités journalières et au paiement des soins médicaux, à l'exception d'une physiothérapie et des antalgiques habituels pendant une durée limitée, avec effet au 29 février 2020.

Ainsi, en statuant par décision sur le droit à la rente, l'intimée a également, par voie de conséquence, refusé formellement le versement de l'indemnité journalière au-delà du 29 février 2020, de sorte que les conclusions de l'intéressé sont recevables.

5.3 Le litige porte donc sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 29 février 2020, cas échéant sur l'évaluation de son degré d'invalidité et son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

6. **6.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

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 l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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).

À teneur de l'art. 18 al. 1 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. L'art. 19 al. 1 LAA précise 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'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

6.2 La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre

secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). Cette application en assurance-accidents des délais aménagés à l'assuré en matière d'indemnités journalières pour maladie s'est heurtée à des critiques doctrinales, qui soutiennent qu'un changement de profession ne saurait être exigé avant la stabilisation de l'état de santé de l'assuré (Kaspar GEHRING in KIESER / GEHRING / BOLLINGER [éd.], KVG UVG Kommentar, 2018, n. 3 ad art. 16 LAA ; Markus SCHMID in HÜRZELER / KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozial-versicherungsrecht, UVG, 2018, n. 11 ad art. 16 LAA). Le droit aux indemnités journalières cesse toutefois au plus tard lors de la stabilisation de l'état médical (Philipp GEERTSEN in HÜRZELER / KIESER [éd.], UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, n. 18 ad art. 19 UVG).

6.3 L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et les références).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse 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 (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).

La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré » (art. 19 al. 1 LAA). Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine ainsi 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus à exclure la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Dans le cas d'un assuré dont le chirurgien avait uniquement suggéré la poursuite d'un traitement symptomatique, antalgique et peut-être une physiothérapie, le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents était fondé à considérer que l'état de santé était stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

6.4 Aux termes de l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

En application de cette disposition, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), lequel prévoit que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité, ou avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle ou encore avec la fixation de la rente définitive (al. 1). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 246 consid. 2b et la référence). C'est donc

une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (ATF 129 V 283). La décision portant sur l'allocation d'une rente transitoire doit mentionner qu'elle sera remplacée dès l'achèvement de la réadaptation ou s'il est renoncé à sa mise en œuvre. Il s'agit, en effet, d'éviter de faire naître de faux espoirs quant au montant de la rente ordinaire ou « définitive », pour reprendre la terminologie de l'art. 30 OLAA (ATF 139 V 514 consid. 2.3 et les références).

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

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

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).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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 ; 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).

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).

9. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 29 février 2020, date à partir de laquelle elle a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de santé. Dans sa décision litigieuse du 20 juillet 2020, elle a notamment rappelé que le Dr F_____ avait conclu, dans son avis du 10 janvier 2020, que malgré la stabilisation médicale, un traitement de physiothérapie était à poursuivre durant deux à trois mois, pour autant qu'une reprise de l'activité habituelle puisse avoir lieu. Or, l'intéressé n'avait jamais pu reprendre son travail de peintre. Elle a également relevé que le Dr D_____ n'était pas parvenu à une appréciation différente de celle de son médecin d'arrondissement. Ainsi, la poursuite de la prise en charge du traitement était devenue « hors sujet » et il fallait constater que la stabilisation médicale reconnue au 29 février 2020 était correcte.

Le recourant a contesté que sa situation médicale fût stabilisée au 29 février 2020 et souligné la persistance des douleurs et l'impossibilité de reprendre son activité de peintre. Il a soutenu que la tentative de reprise du travail en janvier 2020 n'avait pas été couronnée de succès, avec l'apparition de douleurs incapacitantes nécessitant des arrêts de travail médicalement attestés. Selon ses médecins, la reprise d'activité était prématurée et empêchait la guérison, d'autant plus que l'employeur exigeait un travail à la cadence habituelle. Le recourant a fait grief à l'intimée de ne pas avoir suffisamment instruit son dossier, en particulier sur les questions d'une activité adaptée, d'une baisse de rendement ou d'un abattement, de ne pas avoir attendu les résultats de la période de test et d'avoir rendu une décision sur la base d'un rapport « provisoire », alors que les mesures de reconversion de l'OAI ne faisaient que commencer.

9.1 Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport du Dr F_____.

9.1.1 La chambre de céans constate à titre liminaire que le médecin d'arrondissement a pris connaissance de l'ensemble des pièces de l'intimée, dont le dossier radiologique, qu'il a tenu compte des plaintes de l'intéressé, procédé à un examen clinique approfondi le 8 janvier 2020, avant de livrer son appréciation du cas et de motiver ses conclusions. Son rapport remplit donc a priori les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

9.1.2 Sur le fond, la chambre de céans observe tout d'abord que le rapport du 10 janvier 2020 est désigné comme étant un « examen final » et que le Dr F_____ n'a pas mentionné qu'il devrait revoir l'intéressé dans un certain délai, ni que le dossier devrait lui être à nouveau soumis. Au contraire, il a estimé que le cas était stabilisé. S'il a intitulé « appréciation provisoire » la partie de son rapport dévolue à son argumentation, c'est uniquement parce qu'une tentative de reprise du travail était prévue aux mois de janvier et février 2020. À cet égard, il sied encore de relever que l'intéressé a déclaré au médecin d'arrondissement qu'il « comptait » reprendre son travail « à titre d'essai », qu'il « avait prévu » ce test en accord avec son médecin. Cet essai n'a donc en aucun cas été suggéré par le

Dr F_____, lequel a clairement estimé que le métier de peintre en bâtiment était incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues.

9.1.3 En ce qui concerne les atteintes à la santé, le Dr F_____ a diagnostiqué une minime fissuration du subscapulaire. Il a constaté que la mobilité de l'épaule gauche était limitée en abduction (douloureuse au-delà de 130° contre 180° à droite), tout comme la rotation (distance pouce C7-T12 à gauche contre T2-T11 à droite), que les tests dynamiques avaient révélé une discrète insuffisance de force et que la manœuvre de Gerber était témoin d'une lésion élective du sous-scapulaire.

Il ressort du dossier de la cause qu'un premier arthroscanner de l'épaule gauche réalisé le 26 novembre 2018 a révélé des signes en faveur d'une tendinopathie inflammatoire du long biceps et une minime fissuration de la face profonde de l'infra-épineux (cf. rapport du 26 novembre 2018). Si l'arthro-IRM du 5 juin 2019 s'est révélée dans les limites de la norme et n'a en particulier pas mis en évidence de fissuration ou de déchirure de la coiffe des rotateurs, ni de tendinite ou de tendinopathie appréciable des tendons de la coiffe des rotateurs, ni de lésion appréciable au niveau du tendon du long chef du biceps, ni d'argument en faveur d'une capsulite rétractile ou encore de lésion du bourrelet glénoïdien (cf. rapport de Medimage, Centre d'imagerie médicale), le second arthroscanner effectué le 12 juillet 2019 a mis en exergue une « probable » minime fissure transfixiante du tendon subscapulaire (cf. rapport du Centre d'imagerie médicale du Mont-Blanc, France). Le chirurgien orthopédique qui suit le recourant en France a ainsi estimé que la petite lésion non transfixiante sous scapulaire corrélée à la symptomatologie n'était pas encore totalement guérie (cf. rapport du Dr C_____ du 17 juillet 2019). Le Dr D_____, lequel a examiné le recourant à trois reprises entre les 29 octobre et 5 décembre 2019, a pour sa part constaté une limitation modérée des amplitudes articulaires, sans signe d'atteinte de la coiffe ni d'argument pour une instabilité d'épaule. Il n'y avait pas de douleur des articulations acromio-claviculaires, ni de troubles neurovasculaires. Le bilan radiologique n'avait pas montré de lésion significative, dégénérative, tendineuse ou impliquant une altération de la stabilité glénohumérale (cf. rapport du 28 février 2020). Il a conclu, au vu des bilans radiologiques, soit des IRM et scanner « normaux », et des limitations fonctionnelles constatées à l'examen clinique, que l'intéressé souffrait d'une capsulite rétractile post-traumatique au décours (cf. rapport du 29 octobre 2019), atteinte caractérisée par une perte progressive et douloureuse des amplitudes articulaires passives et actives de l'épaule s'étendant sur au moins un mois (091028_capsulite_retractile (hug.ch). Quant à la Dresse E_____, elle a mentionné que l'accident avait entrainé une tendinite de la coiffe des rotateurs, suivie d'une capsulite rétractile (cf. rapport du 3 mars 2020).

Ainsi, en diagnostiquant une minime fissuration du subscapulaire, le Dr F_____ a pris en considération la minime lésion qui n'a pas été formellement

objectivée lors du dernier examen radiologique, mais dont la suspicion a été corrélée par son auscultation et par celle du Dr C_____. Il a par ailleurs également tenu compte de la symptomatologie douloureuse et des restrictions de mobilité, et donc de la capsulite rétractile évoquée par le Dr D_____ et la Dresse E_____. Qu'il n'ait pas cité expressément ce trouble à titre de diagnostic n'est pas déterminant.

Il appert donc que le médecin d'arrondissement a pris en considération toutes les atteintes dont souffre le recourant, lequel ne soutient au demeurant pas que certains diagnostics auraient été omis.

9.1.4 Le Dr F_____ a considéré que le cas était stabilisé et qu'il n'y avait aucune intervention chirurgicale à proposer. Il a suggéré la poursuite de la physiothérapie pendant une durée de deux à trois mois à raison de deux fois par semaine « pour améliorer la capacité de gain et la récupération » du recourant. En cas de persistance des douleurs, une consultation au centre de la douleur pourrait être organisée et un reclassement professionnel serait nécessaire.

La chambre de céans relève en premier lieu que les deux chirurgiens qui ont ausculté le recourant n'ont effectivement pas préconisé d'opération. Le Dr C_____ a indiqué qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale (cf. rapport du 30 novembre 2018) et le Dr D_____ a confirmé que le bilan radiologique exhaustif ne démontrait aucune lésion susceptible d'être améliorée par un geste chirurgical (cf. rapport du 5 décembre 2019).

Elle observe ensuite, s'agissant des traitements prescrits au recourant depuis l'automne 2018, à savoir des séances de kinésithérapie, des antalgiques, des anti-inflammatoires, des infiltrations et du repos (cf. rapports du Dr C_____ des 30 novembre 2018 et 17 juillet 2019), que ces mesures ont favorablement influencé la tendinopathie inflammatoire du long biceps, puisque cette pathologie a été observée lors de l'arthroscanner du 26 novembre 2018, mais plus lors des examens postérieurs (cf. rapports d'arthro-IRM du 5 juin 2019 et d'arthroscanner du 12 juillet 2019). En revanche, la minime fissuration de l'infra-épineux n'a pas pu être guérie en dépit de ces traitements. Les médecins du recourant ont d'ailleurs signalé une tendance à la récidive suite aux reprises de l'activité habituelle (cf. rapport de la Dresse E_____ du 12 mars 2019 et rapports du Dr C_____ des 26 mars et 17 juillet 2019). Concernant les effets des traitements sur la capsulite rétractile, le Dr D_____ a relaté que la dernière infiltration n'avait pas amélioré le caractère douloureux qui persistait encore, mais qu'elle avait contribué, avec la physiothérapie, à améliorer « quelque peu » les amplitudes (cf. rapport du 5 décembre 2019). Il a par la suite expliqué qu'il n'y avait pas de traitement particulier et que l'évolution devait être naturellement favorable avec le temps (cf. rapport du 28 février 2020). Quant à la Dresse E_____, elle a indiqué que les infiltrations avaient amélioré les douleurs, mais que son patient gardait une limitation des amplitudes articulaires (cf. rapport du 3 mars 2020). Il appert donc que le traitement suivi n'a pas entraîné d'amélioration sensible de l'état de

santé, étant encore rappelé que l'assureur-accidents est en droit de considérer que l'état de santé est stabilisé lorsque seule la poursuite d'un traitement antalgique et de physiothérapie a été suggérée. À toutes fins utiles, il sera rappelé que le traitement suggéré par le médecin d'arrondissement dans son rapport final était destiné à favoriser la reprise de l'activité habituelle déjà prévue par le recourant, et non pas à lui permettre d'exercer un travail adapté.

Partant, aucun élément du dossier ne permet de remettre en cause la stabilisation de l'état de santé retenue par le Dr F_____.

9.1.5 S'agissant de la capacité de travail, le Dr F_____ a conclu qu'une activité professionnelle adaptée était exigible à 100% dès le 15 janvier 2020, sans perte de rendement. Les limitations fonctionnelles comprenaient les mouvements fréquents et en force au-dessus du plan des épaules, ainsi que les mouvements impliquant des porte-à-faux en direction de l'horizontale supérieurs à 15kg. Il a indiqué qu'il était certain que l'activité de peintre, qui comprenait des activités de plaquiste un quart du temps, ne permettait pas toujours de respecter ce type de restrictions. À ce stade, la reprise de l'activité habituelle avait lieu à titre de test et en cas d'échec, un reclassement professionnel devrait alors être envisagé dans un métier respectant strictement les limitations fonctionnelles définies. À cet égard, le recourant avait évoqué la possibilité de se recycler dans l'horlogerie et avait pu tester la position de travail, sans difficulté.

Les restrictions retenues par le Dr F_____, qui consistent pour l'essentiel en des mesures d'épargne du membre supérieur gauche, et son appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans un poste adapté, correspondent aux avis émis par les autres médecins ayant examiné le recourant.

En effet, la Dresse E_____ a notamment constaté qu'une tentative de reprise avait été marquée par des douleurs et un œdème, qu'il convenait d'envisager une reclassement (cf. rapport du 30 septembre 2019), et que le poste habituel n'était pas adapté vu la contre-indication formelle de tout travail nécessitant l'élévation de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale (cf. rapport du 3 mars 2020).

Le Dr C_____ a relaté à réitérées reprises que le retour au travail avait été prématuré (cf. rapports des 30 novembre 2018, 26 mars et 17 juillet 2019) et il a ainsi suggéré une modification du poste ou une reconversion professionnelle en cas de récidive (cf. rapport du 17 juillet 2019).

Enfin, le Dr D_____ a noté qu'il était clair que pendant la période douloureuse et enraidissante, des activités physiques, notamment soulever des charges et lever les bras au-dessus de la hauteur des épaules, pouvaient devenir douloureuses et fatigantes, ce qui posait un réel problème dans l'activité habituelle. Dans un travail de bureau, sans effort physique, l'intéressé pourrait facilement récupérer une fonction à 100%. Cependant, le pronostic d'une capsulite rétractile était régulièrement favorable avec le temps et l'intéressé devrait pouvoir, dans un délai qu'il ne pouvait préciser, récupérer sa capacité à fonctionner comme peintre en

bâtiment (cf. rapport du 28 février 2020). Comme précédemment constaté, ce pronostic favorable ne s'est pas concrétisé, chacune des reprises d'activité ayant dû être interrompue après un ou deux jours, en raison d'une récidive des symptômes.

9.1.6 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans constate qu'aucun élément concret ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr F_____, dûment motivée et convaincante.

Elle fera donc siennes les conclusions de son rapport du 10 janvier 2020 et tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'état de santé du recourant était stabilisé lors de son examen par le médecin d'arrondissement et qu'il disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

Les mesures d'instruction complémentaire sollicitées par le recourant ne se justifient donc pas.

9.2 S'agissant des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, il est rappelé que l'OAI en a octroyé plusieurs au recourant, dont un coaching professionnel du 2 septembre au 31 décembre 2019 (cf. communication du 2 septembre 2019), une orientation horlogère du 26 au 28 novembre 2019 (cf. communication du 22 novembre 2019) et un cours de formation de base en horlogerie dès le 6 avril 2020 (cf. communication du 13 janvier 2020), avant de statuer sur son droit à la rente par décision du 8 avril 2020. À cet égard, il sied de relever que cette dernière mentionnait expressément que d'autres mesures n'étaient pas nécessaires, ce qui avait en outre déjà été annoncé à l'intéressé dans le projet de décision du 7 février 2020. Ainsi, les décisions de l'OAI concernant la réadaptation sont intervenues avant le prononcé de la décision attaquée du 20 juillet 2020. Que la dernière mesure octroyée par l'OAI soit encore en cours est sans influence.

9.3 Par conséquent, l'intimée était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, avec effet au 29 février 2020.

10. Il convient à présent d'examiner le droit à la rente du recourant.

10.1 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 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).

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 ; ATF 128 V 174).

10.1.1 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).

10.1.2 Le revenu d'invalide 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'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).

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), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_ level et non pas le tableau TA1_b (ATF 143 V 295 consid. 4.2.2 ; ATF 142 V 178 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). 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). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

10.1.3 Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (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).

10.1.4 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir

si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 5% dans le cas d'un assuré qui présentait des restrictions au niveau son bras droit dominant, avec une limitation considérable des amplitudes au niveau de l'épaule, mais conservait un usage intact de la main (arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2016 du 17 mai 2016). Il a également considéré, dans la situation d'un assuré apte à exercer une activité à plein temps sans diminution de rendement si l'activité respectait les limitations fonctionnelles qui concernaient les gros efforts, le port de charges (s'il n'était pas occasionnel et s'il était supérieur à 8 kg), la montée et la descente d'escaliers, ainsi que les travaux s'effectuant au-dessus du plan des épaules, que de telles limitations ne restreignaient pas de manière significative les activités légères, en tout cas pas dans une mesure qui justifierait un abattement supérieur à 5 % (arrêt du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3).

10.2 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 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

10.3 La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère

uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine maladive non professionnelle. Le principe d'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer les assureurs sociaux de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1).

11. En l'occurrence, l'intimée a retenu que la comparaison des gains de valide et d'invalide, soit CHF 70'978.- selon les indications fournies par l'employeur, respectivement CHF 71'625.- sur la base des salaires statistiques, ne laissait pas apparaître d'invalidité.

Le recourant a contesté cette appréciation, invoquant notamment que la prise en compte d'une activité statistique de niveau 2 impliquait « des connaissances professionnelles et techniques ». Or, l'obtention de son CAP français (équivalent du CFC) de peintre en bâtiment ne lui était d'aucune utilité dans le cadre d'une nouvelle activité dans un autre domaine, et il avait toujours exercé le métier de peintre et travaillé pour la même entreprise. Il y était un simple ouvrier et n'était pas chargé de l'évaluation des coûts ou de l'établissement de devis. Son activité ne correspondait en rien à la vente, aux soins ou encore au traitement des données. L'intimée ne démontrait pas en quoi sa formation pourrait être utile dans d'autres professions, en particulier dans sa tentative de reconversion dans l'horlogerie. L'expérience acquise dans l'activité de chantier ne pouvait pas lui servir dans le cadre d'un travail de précision dans l'horlogerie, ces métiers étant diamétralement différents, étant encore précisé que le métier d'horloger nécessitait une formation spécifique, soit un CFC dont la durée de formation était de 4 ans au moins. Rien

ne justifiait de se baser sur un niveau de qualification 2, étant souligné le résultat absurde du calcul de l'intimée selon lequel il pourrait gagner plus avec invalidité. Enfin, le principe de l'unité du taux d'invalidité en assurance sociale devait conduire à retenir le même taux que celui fixé par l'OAI, soit 13.7%.

L'intimée a rétorqué que depuis les statistiques 2012, l'accent était mis sur le type de tâches que l'assuré était susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications, mais pas sur les qualifications elles-mêmes. Les niveaux de qualification valables jusqu'en 2010 étaient obsolètes, et le niveau de qualification 2, soit des connaissances professionnelles et techniques, n'était plus applicable. Il convenait de retenir le niveau de compétences 2, soit des tâches pratiques telles que « la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de chaines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicule ». Le niveau de compétences 1 ne visait que des tâches physiques ou manuelles simples. Ces éléments lui permettaient de retenir un niveau de compétence 2, qui reflétait les domaines de l'horlogerie par exemple, dans lesquels ses nouvelles connaissances acquises pourraient être mises en valeur sur le marché du travail, indépendamment de l'absence d'expérience. En outre, au vu des limitations fonctionnelles retenues, une activité physique ou manuelle, même simple, ne pouvait pas être imposée au recourant. Tant le métier de peintre que celui d'horloger requéraient l'accomplissement de tâches administratives et commerciales, tels que l'évaluation des coûts et l'établissement de devis. En outre, ces deux domaines de profession nécessitaient que l'employé soit méticuleux et précis, compétences que le recourant avait pu acquérir en exerçant le métier de peintre et qu'il pourrait continuer de mettre à profit dans une activité telle que le domaine de l'horlogerie. Le fait que l'intéressé ne puisse pas poursuivre son activité de peintre n'impliquait pas qu'il doive se résoudre à effectuer des tâches manuelles simples du niveau de compétences 1, c'est à-dire des emplois non qualifiée. Si par impossible le niveau de compétences 1 devait être retenu, le calcul de l'OAI était cependant erroné. En effet, le salaire mensuel de CHF 5'389.- ne ressortait d'aucune donnée statistique, que ce soit de 2016 ou de 2018. De plus, l'OAI avait indiqué se référer à 2016, mais n'avait pas procédé à l'adéquation des salaires jusqu'en 2020.

11.1.1 S'agissant du revenu sans invalidité, la chambre de céans constate que le gain retenu par l'intimée (CHF 70'978.-) correspond aux indications communiquées par l'employeur (salaire horaire de base [CHF 31.50 x 40 x 52] + 13ème salaire [8.33%] ; cf. réponse au questionnaire reçue par l'intimée le 5 avril 2019). Le recourant ne fait d'ailleurs valoir aucune critique à ce sujet.

11.1.2 Quant au revenu d'invalide, elle relève, au vu de la capacité de travail raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, que la référence au tableau TA1_skill_level ne prête pas le flanc à la critique, dès lors que le Tribunal fédéral l'a admise pour des assurés qui ne pouvaient exercer que des travaux légers. La référence à la ligne « TOTAL » est

également adéquate, étant en particulier observé que le dossier ne comporte aucune pièce sur l'issue de la mesure de formation de base en horlogerie à laquelle il était prévu que le recourant participe jusqu'au 4 décembre 2020.

En ce qui concerne le niveau de compétences, le recourant a suivi un apprentissage de 2002 à 2004 et obtenu au mois de juin 2004, à l'âge de 18 ans, un CAP de peintre en bâtiment. Depuis lors, il a travaillé exclusivement en cette qualité, et ce auprès du même employeur. Ce dernier a été interrogé sur la possibilité que l'intéressé suive une formation de technicien, afin de préparer des devis, gérer des chantiers ou des soumissions, ce à quoi il a clairement répondu qu'il ne voyait pas le recourant autrement que comme peintre dans l'entreprise (cf. procès-verbal relatif à l'entretien du 24 mai 2019). Il n'apparaît dès lors pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant serait apte à réaliser des tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité, la conduite de véhicules (niveau de compétences 2) dans le secteur privé. Dans ces conditions, le niveau de compétences le plus bas doit être retenu.

Le salaire déterminant est donc de CHF 5'340.- (ESS 2016, TA1_skill_level, secteur privé, total pour les hommes, niveau de compétences 1), soit un revenu annuel de CHF 64'080.-. Compte tenu de l'évolution des salaires nominaux (augmentation de 0.4% en 2017, 0.5% en 2018 et 0.9% en 2019, Office fédéral de la statistique - évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2020), on obtient un revenu annuel de CHF 65'239.90 pour 2019. Enfin, comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2019 (41.7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises), ce montant doit être porté à CHF 68'012.60 (CHF 65'239.90 x 41.7 / 40).

11.1.3 Le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir appliqué d'abattement.

Dans le cas présent, le seul facteur pertinent pour la déduction serait la limitation due aux troubles somatiques présentés par le recourant. Aucun autre critère de réduction ne saurait entrer en ligne de compte, ce que l'intéressé ne soutient au demeurant pas.

Les limitations fonctionnelles concernent exclusivement le membre supérieur gauche, singulièrement son utilisation répétitive au-dessus du plan des épaules, sans restriction aucune au niveau des mains.

La chambre de céans ne relève aucun motif pertinent lui permettant de substituer sa propre estimation à celle de l'intimée, ce d'autant moins que l'évolution de l'état de santé du recourant devrait s'améliorer naturellement selon le Dr D_____ (cf. rapport du 28 février 2020). La Dresse E_____ a pronostiqué une tendance à la récidive selon l'activité professionnelle exercée

(cf. rapport du 12 mars 2019), suggérant ainsi qu'une guérison pouvait être attendue avec le respect des limitations fonctionnelles. Le Dr C_____ a, pour sa part, conseillé de « pousser le traitement jusqu'à la guérison » (cf. rapport du 17 juillet 2019), ce qui plaide également en faveur d'un rétablissement possible et sans séquelles.

Compte tenu de son obligation de retenue, la chambre de céans ne s'écartera pas de l'appréciation de l'intimée, qui dispose d'un large pouvoir en matière d'abattement.

11.2 Par conséquent, la perte de gain s'élève à CHF 2'965.40 (CHF 70'978.- - CHF 68'012.60), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 4.17%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

11.3 S'agissant du calcul de l'OAI, ce dernier a fixé le revenu sans invalidité à CHF 70'980.- et le gain avec invalidité à CHF 61'244.- (T1_skills level 2016, secteur privé et public, total, activité de niveau 1, homme, revenu mensuel de CHF 5'389.-, annualisé, puis adapté à la durée hebdomadaire normale du travail, et indexé à 2018, avec un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles), soit une perte de gain de CHF 9'736.- correspondant à un degré d'invalidité de 13.7%.

Il appert donc que le gain de valide retenu est légèrement supérieur à celui annoncé par l'employeur et que le revenu avec invalidité a été établi sur la base des statistiques tenant compte du secteur public, ce qui n'est en l'occurrence pas justifié par les circonstances du cas concret. L'intimée n'était ainsi pas liée par cette évaluation peu convaincante.

11.4 La décision litigieuse, en tant qu'elle nie le droit du recourant à une rente d'invalidité, peut donc être confirmée.

12. Enfin, reste à examiner le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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

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, 1ère 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, 2ème 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 ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase).

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 pourcent (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 pourcent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2).

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

Selon le Tableau 1 « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs » de la SUVA, une épaule bloquée en adduction donne droit à une indemnité de 30%, une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale à 10% et mobile jusqu'à l'horizontale à 15%.

12.2 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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). Cette évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1).

13. En l'espèce, l'intimée s'est basée sur les conclusions du Dr F_____, lequel a estimé qu'il n'existait aucune atteinte à l'intégrité pouvant ouvrir le droit à une indemnité. Elle a notamment relevé que le recourant n'avait fourni aucun document médical permettant de mettre en doute cette appréciation.

Le recourant a soutenu qu'il présentait une mobilité restreinte de l'épaule gauche, que sa médecin traitant avait attesté plusieurs limitations, avec des amplitudes articulaires en rotation et élévation de 105°, extension 30° et rotation médiale de 90°. Selon la table 1 de la SUVA en lien avec l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale donnait droit à une indemnité à hauteur de 10%. Faute d'instruction suffisante, le montant exact de l'indemnité ne pouvait être déterminé avec précision et il conviendrait à l'expertise de déterminer sa quotité exacte. En l'état, il concluait à l'octroi d'une telle indemnité sur la base d'un taux de 40%.

L'intimée a observé que lors de l'examen de mobilité de l'épaule gauche du 8 janvier 2020, le Dr F_____ avait constaté une élévation de 180°, une abduction de 130°, douloureuse au-delà, une distance pouce en C7-T12 et une rotation externe à 50°. Selon la table 1 relative aux atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% était allouée lorsque l'épaule était mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale, soit 120°. Le recourant pouvait élever son épaule en abduction jusqu'à 130°, soit au-delà de ce qui était requis pour prétendre à une telle indemnité. Aucun élément pertinent et scientifiquement motivé ne permettait de remettre en question l'appréciation du Dr F_____.

13.1 La chambre de céans est d'avis que les conditions d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sont de toute façon pas réalisées, dès lors que le pronostic de la capsulite rétractile est favorable « naturellement » (cf. rapport du Dr D_____), ce qui exclut une atteinte durable, et que la « probable » déchirure du sous-épineux a été qualifiée de « minime », ce qui permet d'écarter le caractère important de la lésion.

À toutes fins utiles, elle relèvera encore que lors de l'examen du Dr F_____, la mobilité de l'épaule gauche a été mesurée à 130° en abduction, soit une amplitude

supérieure à la limite pouvant ouvrir le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La reprise d'activité tentée par la suite par le recourant a entraîné une recrudescence des douleurs et de la limitation des amplitudes (cf. rapport de la Dresse E_____ du 3 mars 2020). Comme déjà mentionné, tous les médecins consultés, dont les médecins traitants du recourant, ont estimé que la symptomatologie devrait s'améliorer avec du repos, soit une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

13.2 Partant, la décision de l'intimée en tant qu'elle nie le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité apparaît également bien fondée.

14. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	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