

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2888/2016

ATAS/212/2018

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

**Arrêt du 9 mars 2018**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-SACONNEX,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah  
BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant turc né le \_\_\_\_\_ 1972, est arrivé en Suisse le 5 septembre 1992. Sans formation, il a accompli des missions temporaires dans le bâtiment et la construction, et exercé plusieurs activités professionnelles, notamment en tant qu'opérateur de production de composants électroniques, magasinier, pizzaiolo, chauffeur-livreur, serveur et barman. Au cours des dernières années, son revenu a passablement varié.
2. Le 1<sup>er</sup> février 2011, l'assuré a été engagé par B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) en qualité de collaborateur du service de distribution à mi-temps, soit 21 heures par semaine. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA). Pour le surplus, il était inscrit au chômage à 50% et percevait des indemnités journalières.
3. Le 12 mai 2013, l'assuré a chuté sur son épaule droite alors qu'il jouait au football. Le cas a été annoncé à la SUVA le 2 août 2013 et pris en charge le 9 août 2013, avec effet au jour de l'accident. Le versement des indemnités journalières a débuté le 15 mai 2013.
4. Le 27 août 2013, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué une rupture transfixiante subtotale vs complète du sus-épineux de l'épaule droite. L'incapacité de travail était totale depuis le 14 mai 2013.
5. Le 28 août 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a délivré à l'assuré un arrêt de travail à 100% du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2013 inclus. Par la suite cet arrêt de travail a été prolongé à de nombreuses reprises par différents médecins.
6. Le 4 octobre 2013, l'assuré a subi une suture arthroscopique du sus-épineux, une ténotomie du long chef du biceps, une acromioplastie et une résection du centimètre externe de la clavicule, pratiquées par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin auprès du service de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
7. Dans un rapport du 29 octobre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé que le succès de l'opération du 4 octobre 2013 dépendait largement des soins post-opératoires, afin d'éviter un lâchage des sutures, pendant environ six mois après l'intervention. La reprise du travail n'était pas possible pour l'instant, mais pouvait être envisagée dès le 1<sup>er</sup> avril 2014.
8. Le 22 novembre 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a admis le fait que l'intervention du 4 octobre 2013 fasse partie du traitement des lésions consécutives à l'accident du 12 mai 2013. Le pronostic était favorable, compte tenu de l'âge. Une reprise du travail était possible au cinquième mois, en évitant le port de charge

sur l'épaule droite. Le 13 janvier 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a complété son analyse en estimant que la capacité de travail était de 100% dès avril 2014.

9. Le 15 janvier 2014, l'employeur a informé la SUVA qu'elle avait proposé à l'assuré de travailler temporairement en tant que support administratif, afin de lui permettre une reprise partielle, soit 20% de son taux d'activité habituel (50 minutes par jour). Cette activité consistait à coller des étiquettes sur les envois, à corriger les adresses à la main et, à pied, à relever des noms sur les boîtes aux lettres. L'assuré n'a toutefois pas repris le travail.
10. Dans un rapport du 28 janvier 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail était nulle pendant encore six mois.
11. Le 30 janvier 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a validé la reprise du travail proposée par l'employeur, pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées. Il convenait d'éviter le port de charge supérieure à 1 kg de la main droite et les mouvements répétés de rotation de l'épaule.
12. Le 30 avril 2014, le contrat de travail liant l'assuré et son employeur a pris fin.
13. Le 7 mai 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution avait été initialement satisfaisante mais que depuis deux ou trois mois, l'assuré se plaignait d'une recrudescence des douleurs à la mobilisation, ce qui était constaté lors de l'examen clinique, avec un passage douloureux au niveau de l'horizontale. Son activité habituelle impliquait la manipulation répétée de charges. Il a formulé une demande d'admission à la Clinique romande de réadaptation (CRR) pour l'assuré, afin de procéder à une réadaptation orthopédique et traumatologique précoce.
14. L'assuré a séjourné au sein de la CRR du 30 juillet au 2 septembre 2014.
15. Dans un rapport des ateliers professionnels de la CRR du 19 août 2014, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, Monsieur H\_\_\_\_\_, maître socio-professionnel, et Madame I\_\_\_\_\_, psychologue OSP, ont relevé que l'assuré présentait des limitations lors de la mobilisation de son bras droit, au niveau de la force et des amplitudes des mouvements. Il avait peu d'endurance et signalait fréquemment des douleurs à l'épaule droite et aux cervicales. Plusieurs aspects non liés au handicap pénalisaient l'intégration socio-professionnelle, soit l'absence de formation, le peu de connaissances en informatique, la difficulté de mobilisation des doigts de la main droite lors d'activités endurantes pendant plus de vingt minutes, son passé auprès de l'assurance-chômage, durant lequel il avait effectué énormément de démarches dans des domaines variés, sans réelle opportunité, et le fait qu'il ne se projetait pas spontanément dans une activité adaptée. L'assuré avait été pris en charge en atelier sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives. Il avait créé des dossiers, travaillé avec de petits outils, trié sur plusieurs niveaux, mis sous pli et manipulé un gravographe. En atelier, il avait eu de la difficulté à œuvrer de manière continue dans une activité légère sollicitant l'épaule droite. Il avait fréquemment signalé des douleurs et son endurance était limitée. De ce fait son potentiel se retrouvait

---

restreint et était difficilement compatible avec les exigences de son activité habituelle. Il paraissait important de l'accompagner dans une réflexion professionnelle visant des activités adaptées à sa situation.

16. Dans un rapport du 29 septembre 2014, les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, et K\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et raideur de l'épaule droite, et les diagnostics de chute sur l'épaule droite, rupture transfixiante du sus-épineux le 12 mai 2013, arthroscopie avec suture du sus-épineux, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection du centimètre externe, syndrome du tunnel carpien droit, légères séquelles d'une neuropathie du nerf radial et perturbation des tests hépatiques. Au rang des comorbidités, ils ont retenu un tabagisme actif, une hernie discale traitée conservativement, un reflux gastrique et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation d'alcool, utilisation épisodique. Il y avait peu d'évolution concernant la douleur et les capacités fonctionnelles entre le status à l'entrée et celui à la sortie. Le traitement antalgique avait été difficile à mettre en place, devant les limitations dues à la perturbation des tests hépatiques. L'assuré avait mal supporté le Tramal (nausées). À la sortie, seul le traitement de Lyrica était maintenu. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule et devait éviter les ports de charges lourdes, les mouvements répétitifs du membre supérieur et les mouvements en porte-à-faux. La situation médicale était stabilisée au niveau de l'épaule, mais pas du point de vue médical (tunnel carpien). Le pronostic était défavorable s'agissant de la reprise de l'activité habituelle, mais favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail était de 100% du 30 juillet au 30 septembre 2014, puis à réévaluer.
17. Le 16 janvier 2015, l'employeur a indiqué à la SUVA que, sans l'accident, l'assuré aurait perçu en 2015 un revenu mensuel de CHF 2'178.60, payé treize fois l'an, auquel se serait ajouté une « allocation fixe marché du travail » (AMT) de CHF 200.- par mois, payée douze fois l'an.
18. Le 23 mars 2015, l'assuré a subi une infiltration échoguidée de son épaule droite.
19. Dans un rapport du 29 avril 2015, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin adjoint du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a retenu les diagnostics de rupture du sus-épineux de l'épaule droite, avec suture arthroscopique le 4 octobre 2013. Les douleurs et limitations fonctionnelles persistaient. Le pronostic était réservé. Il renvoyait pour le surplus à son rapport du 10 novembre 2014, dans lequel il relevait que la situation était stabilisée et qu'il persistait des limitations fonctionnelles au niveau des ports de charges supérieures à 5 kg et au-dessus du plan des épaules. Le 7 mai 2015, il a ajouté que l'infiltration du 23 mars 2015 n'avait pas amélioré la symptomatologie. À l'examen du jour, l'intéressé présentait des lâchages douloureux à tous les mouvements de l'épaule. Ses amplitudes étaient limitées et douloureuses. Un traitement conservateur était préconisé.

20. Dans un rapport du 3 juin 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droite traitée par arthroscopie, d'atrophie sévère et de dégénérescence graisseuse du muscle supra-épineux. Il a rappelé le contexte de l'examen pratiqué par ses soins le jour même, résumé l'évolution du cas, fait état des plaintes de l'assuré et de ses constatations objectives et livré son appréciation du cas, lequel était stabilisé. L'activité habituelle de facteur à 50% n'était plus exigible, compte tenu de la réalisation nécessaire de mouvements répétitifs en rotation de l'épaule. Dans une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, sans port de charge occasionnelle supérieure à 5 kg du côté droit, sans mouvement répétitif en rotation de l'épaule, sans devoir amener le membre supérieur droit au niveau du plan horizontal, avec de façon idéale le coude et l'avant-bras reposant sur un support, la capacité de travail était de 100%, sans diminution de rendement. Devaient être pris en charge, trois consultations annuelles de suivi, le traitement antalgique et anti-inflammatoire, ainsi qu'une séance hebdomadaire de physiothérapie pendant deux ans.
21. Dans une appréciation médicale du même jour, le Dr F\_\_\_\_\_ a fixé l'atteinte à l'intégrité à 15%, en se fondant sur les tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité, en particulier la table n°1 pour l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, soit en l'occurrence une épaule mobile jusqu'à l'horizontale.
22. Par courrier du 24 juin 2015, la SUVA a informé l'assuré de la fin de la prise en charge du traitement médical, à l'exception des actes médicaux et des médicaments admis par le Dr F\_\_\_\_\_. Il appartenait à l'intéressé de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail. Afin de lui permettre d'entreprendre des démarches en ce sens, les indemnités journalières seraient servies jusqu'au 30 septembre 2015 sur la base d'une invalidité de 100%. Elle se prononcerait ultérieurement sur le droit à une rente partielle d'invalidité, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015.
23. Le 1<sup>er</sup> août 2015, la SUVA a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de CHF 18'900.- à l'assuré.
24. Le 19 octobre 2015, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a transmis à la SUVA son dossier concernant l'assuré, notamment :
- une demande d'orientation professionnelle déposée le 19 juillet 2006, en raison de problèmes de dos, de reflux et de bras en lien avec un accident survenu le 1<sup>er</sup> mars 2004 et pris en charge par la SUVA ;
  - une décision du 19 septembre 2007 refusant l'octroi de prestations à l'assuré, ce dernier ne présentant pas d'invalidité. Conformément aux conclusions de la SUVA, l'incapacité de travail était complète du 1<sup>er</sup> mars 2004 au 30 avril 2005, puis nulle à compter de cette date ;
  - une nouvelle demande de prestations déposée le 19 novembre 2008, dans le but d'obtenir des mesures de réadaptation ;

- 
- une décision du 16 mars 2009 refusant d'entrer en matière sur la demande précitée ;
  - une troisième demande de prestations du 11 septembre 2013, notamment en lien avec les atteintes subies à l'épaule droite lors de l'accident ;
  - un rapport du 11 novembre 2013 établi par le Dr E\_\_\_\_\_, indiquant que l'état de santé s'était amélioré sur les plans de la force et des aptitudes depuis l'opération du 4 octobre 2013. La capacité de travail dans l'activité habituelle de facteur était nulle, mais de 100% dans une activité adaptée six mois après l'opération ;
  - un rapport du 14 janvier 2014 établi par le Dr D\_\_\_\_\_, retenant que la reprise de l'activité habituelle semblait possible, pour autant que les mouvements et positions de travail soient adaptés en fonction des douleurs. L'activité habituelle comportait de grands risques de péjorer son état de santé, au point de devoir y renoncer de manière précoce. On pouvait espérer que la reconversion en chauffeur de taxi, souhaitée par l'assuré, soit plus adaptée à sa santé, dans la mesure où elle n'impliquait pas de port de charges et de mouvements répétitifs ;
  - un avis du 28 juillet 2015 de la docteure M\_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional AI (ci-après : SMR), laquelle se ralliait à l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_. Dès le mois de mai 2014, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans gestes de force avec le membre supérieur, sans port de charges, sans activités avec le membre supérieur en dessus de l'horizontale, sans sollicitation répétitive du membre supérieur droit, idéalement avec un appui au niveau de l'avant-bras et du coude et sans sollicitation de l'épaule droite ;
  - le détail du calcul du degré d'invalidité de l'assuré, selon l'OAI. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [(ESS) 2012, TA\_1\_tirage\_skill\_level], était de CHF 5'210.- pour 40 heures par semaine. Indexé à 2014 et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, le revenu était de CHF 65'177.- par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 100 % et d'un abattement statistique de 10 %, le revenu d'invalidité était de CHF 59'517.-. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à CHF 55'012.-, selon les informations fournies par l'employeur. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité nul ;
  - une décision du 15 octobre 2015, par laquelle l'OAI niait tout droit à une rente et/ou à des mesures de reclassement à l'assuré, dans la mesure où son degré d'invalidité était nul.

25. Dans un rapport du 4 novembre 2015, la docteure N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu les diagnostics d'antécédent de rupture du sus-épineux droit, de suture arthroscopique du sus-épineux droit, ténotomie du long biceps et acromioplastie en octobre 2013, et rééducation en 2014. L'assuré était toujours

---

gêné par son épaule droite avec de nombreux craquements à la mobilisation. En comparant la situation pré et post opératoire, une atrophie, une dégénérescence graisseuse du muscle sus-épineux et des signes de tendinose généralisée de la coiffe étaient apparus. Sur le plan rhumatologique, hormis la physiothérapie régulière et les antalgiques, les propositions thérapeutiques étaient limitées. Du point de vue professionnel, une activité sédentaire pouvait être proposée à l'assuré, à un taux d'activité réduit, pour commencer.

26. Le 16 novembre 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré que ce rapport n'apportait pas d'élément nouveau et que l'exigibilité ne s'en trouvait pas modifiée.
27. Dans un rapport du 24 mars 2016, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics de limitation fonctionnelle et raideur gléno-humérale de l'épaule droite, de status post rupture du tendon supra-épineux de l'épaule droite suturé, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale le 4 octobre 2013, et de status post infiltration échoguidée de la bourse sous-acromiale droite le 20 mars 2015, inefficace. L'examen clinique révélait des autolimitations et des incohérences par rapport à la fluidité lors de l'habillage et au serrage de la main. L'assuré ne désirait pas faire de nouvelle infiltration. Il ne souhaitait plus prendre de médicaments en raison d'une stéatose hépatique anamnestique. Sa reconversion souhaitée en chauffeur de taxi n'était pas possible, en raison de ses limitations fonctionnelles.
28. Le 18 avril 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré que ce rapport confirmait ses propres conclusions.
29. Dans un document interne du 29 avril 2016, la SUVA a recensé, en Suisse romande, 37 postes compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient respectivement à CHF 36'999.-, CHF 68'536.- et CHF 54'136.-.

La SUVA a retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés à l'assuré, soit ceux de collaborateur de production (contrôleur) à Écublens (VD), de collaborateur de production (contrôle de qualité) à Vallorbe (VD), d'employé de garage (pompiste) à Aigle (VD), d'employé de banque (réceptionniste) à Lausanne (VD) et de collaborateur de production (conducteur de palan) à Corcelles-près-Payerne (VD). En 2015, le revenu moyen tiré de ces cinq activités était de CHF 54'679.-. Les exigences physiques inhérentes aux activités retenues étaient listées pour chacun des DPT.

30. Par décision du 3 mai 2016, la SUVA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et admis le versement d'une IPAI de 15%, ce qui correspondait à un montant de CHF 18'900.-.

En dépit des séquelles de l'accident, l'assuré était en mesure d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre son épaule droite à contribution. Une telle activité, comme contrôleur de petites pièces, ouvrier d'usine, caissier ou conducteur de palan, notamment, était médicalement

---

exigible à un taux de 100% et pouvait lui permettre de toucher un revenu mensuel d'environ CHF 4'557.-, treizième salaire inclus. Comparé à son salaire de CHF 4'920.- avant l'accident, sa perte de gain s'élevait à 7,4%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

S'agissant de l'IPAI, elle était évaluée à 15% par le Dr F\_\_\_\_\_, ce qui représentait un montant de CHF 18'900.-, par rapport à un gain assuré de CHF 126'000.-. Ce montant avait été versé à l'assuré en septembre 2015.

31. Le 3 juin 2016, l'intéressé a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition à cette décision. Il contestait être en mesure d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à plein temps. La SUVA retenait à tort que les diminutions notables de sa capacité de gain en lien avec l'accident n'existaient plus. Enfin, le taux de 15% de l'IPAI était largement sous-estimé. Il demandait un délai pour compléter son opposition, à la lumière des informations qu'allait lui fournir son médecin traitant.
32. Par courrier du 27 juin 2016, l'assuré a complété son opposition et conclu à l'annulation de la décision du 3 mai 2016 et à ce qu'une nouvelle décision soit rendue dans le sens de ses arguments.

La capacité résiduelle de travail retenue était contestée. En particulier, il était incapable d'exercer une activité demandant un travail de précision, de sorte que les professions mentionnées dans la décision lui étaient impossibles. Le revenu avec invalidité était donc contesté.

Il subissait encore les séquelles de l'accident. Le Dr F\_\_\_\_\_ l'avait considéré apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il n'était pas réaliste de le considérer apte à travailler sans son bras droit et avec la contrainte de le laisser reposer sur un support, alors même qu'il était droitier. La SUVA devait donc continuer à prendre en charge les prestations découlant de l'accident.

S'agissant de l'IPAI, la perte d'une main et d'un bras représentait respectivement une diminution de l'intégrité de 40% et 50%. En l'occurrence, il ne pouvait utiliser son bras droit que de manière extrêmement restreinte, de sorte qu'une IPAI de 35% était justifiée.

33. Par décision sur opposition du 5 juillet 2016, la SUVA a rejeté l'opposition.

Le fait que l'assuré ne soit pas en mesure d'exercer son activité habituelle n'était pas contesté. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait considéré que sa capacité de travail était pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans port occasionnel de charges de 5 kg du côté droit, sans mouvement répétitifs en rotation de l'épaule, sans devoir amener le membre supérieur droit au niveau du plan de l'horizontale et avec, de façon idéale, le coude et l'avant-bras reposant sur un support. En l'absence d'élément médical contraire, il convenait de suivre les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, étant rappelé que les médecins de la CRR avaient retenu des limitations fonctionnelles similaires.

---

Quant au revenu d'invalidé, fixé à CHF 4'557.-, il avait été déterminé sur la base des données salariales des DPT, lesquels étaient adaptés à l'état de santé de l'assuré et figuraient au dossier. Le revenu sans invalidité n'était pas contesté et se montait à CHF 4'920.-. Ainsi, la comparaison des revenus laissait apparaître une perte de gain de 7.37%, soit un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

En ce qui concerne l'IPAI, le Dr F\_\_\_\_\_ l'avait fixée à 15%, l'épaule étant tout juste mobile jusqu'à l'horizontale. Son appréciation était fondée sur la table 1 d'indemnisation de la SUVA et n'était remise en cause par aucun élément médical figurant au dossier.

34. Par acte du 2 septembre 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision. Il a conclu, préalablement, à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son recours et à ce que son audition soit ordonnée. Principalement, il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et au versement d'une IPAI de 35%. En substance, il contestait présenter une capacité de travail, quelle que soit l'activité, en raison des limitations fonctionnelles retenues par l'intimée. Cette dernière n'avait pas tenu compte desdites limitations lors de la détermination de son revenu d'invalidé, par rapport aux DPT. Le taux de l'IPAI de 15% retenu était également contesté.
35. Dans un rapport du 4 novembre 2016 adressé au Dr D\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était stationnaire, avec la persistance de douleurs et de faiblesses. Une IRM de l'épaule du recourant montrait une coiffe bien réinsérée. Le tendon avait cependant un aspect extrêmement aminci et le muscle montrait une dégénération graisseuse ainsi qu'une atrophie extrêmement marquée. Il n'existait pas de mesure chirurgicale supplémentaire permettant d'améliorer la situation. À son avis, le recourant n'était plus en mesure de reprendre un travail manuel lourd. Il l'encourageait fortement à se reconvertir et recommandait la poursuite de la physiothérapie.
36. Le 14 novembre 2016, le recourant a complété son recours, concluant préalablement à ce qu'une expertise orthopédique et rhumatologique soit ordonnée et principalement à la constatation de son droit à une rente entière d'invalidité, à la constatation que l'IPAI atteint 35%, et à la condamnation de l'intimée à lui verser l'IPAI en découlant, sous suite de dépens.

S'agissant de l'IPAI, il ne pouvait bouger son épaule en abduction qu'à l'horizontale et était considérablement limité en rotation interne, antérieure et latérale. Les tests professionnels accomplis à la CRR montraient également qu'il était limité au niveau de l'endurance et de la force de son épaule et dans plusieurs types de mouvements autres que l'abduction. Dès lors, le Dr F\_\_\_\_\_ devait se prononcer sur l'ensemble des limitations mises en évidence par la CRR et les Drs N\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, et non uniquement sur la limitation type

---

figurant dans les tables de l'intimée. Les pourcentages de chaque limitation devaient être additionnés pour calculer l'IPAI.

Concernant la rente d'invalidité, l'intimée indiquait se fonder sur les DPT, lesquels ne figuraient pas au dossier. Dans la décision du 3 mai 2016, elle avait retenu quatre activités, sans plus de précisions par rapport aux DPT. En outre, les activités retenues n'étaient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles réelles, ce qui était démontré par les conclusions de la CRR. Dans ce contexte, la création de dossier, le travail avec de petits outils (triage et travail à l'établi), la mise sous pli et l'utilisation d'un gravographe avaient été testés et mis en évidence des douleurs et une importante baisse de rendement, malgré leur faible durée. Dès lors, il apparaissait que les activités de caissier, de contrôleur de petites pièces, d'ouvrier d'usine ou de conducteur de palan étaient irréalisables, sans une baisse de rendement conséquente. Sa reconversion ne pouvait avoir lieu que dans des activités manuelles, au vu de son parcours scolaire et de son absence de formation. Or, aucune activité de ce type n'était possible sans l'utilisation de son bras dominant et dans le respect des limitations prescrites. Ainsi, une rente entière d'invalidité lui était due.

37. Dans sa réponse du 27 janvier 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

S'agissant du droit à la rente, le recourant ne remettait pas en cause l'étendue des limitations fonctionnelles occasionnées par l'accident du 12 mai 2013. Il était constant qu'avant cet événement, il réalisait un gain annuel de CHF 59'043.-, correspondant pour l'année 2015 à un salaire mensuel de CHF 2'178.60 versé treize fois l'an pour une activité à 50% et d'une AMT de CHF 2'400.-. Seul demeurait litigieux le revenu avec invalidité. Elle l'avait fixé à CHF 54'679.- sur la base de cinq DPT. Le recourant expliquait que ses limitations fonctionnelles étaient incompatibles avec lesdits DPT. Cela étant, dans le cadre de son opposition, il n'avait formulé aucune réserve sur ce point, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'examiner les griefs du recourant concernant le revenu avec invalidité. En tout état de cause, aucun des DPT retenus ne contrevenait aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail retenues par le Dr F\_\_\_\_\_. En effet, il ne ressortait nullement du dossier que l'usage du bras droit du recourant était rendu pratiquement impossible par les séquelles de l'accident ou que celles-ci entraînaient une perte de rendement. En outre, la CRR parvenait à la conclusion qu'un retour à l'activité antérieure était compromis, ce qui n'était pas contesté, mais que la capacité de travail dans une activité adaptée restait entière. Enfin, le marché du travail offrait un large éventail d'activités légères compatibles avec l'état de santé du recourant, ce qui était démontré par le résultat de la recherche des DPT. Rien ne justifiait de s'écarter des cinq DPT retenus, étant précisé qu'ils n'exigeaient aucune formation particulière. Le résultat n'aurait pas été plus favorable à l'intéressé, si le revenu avec invalidité avait été calculé sur la base de l'ESS. En effet, dans cette hypothèse, le revenu avec invalidité aurait été de CHF 60'347.27 (ESS 2014, tableau TA1, tout

secteur confondu dans une activité physique ou manuelle simple, pour un homme dans le secteur privé, en 2016, pour une durée de travail hebdomadaire de 41,7 heures et avec un abattement de 10% [limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation]).

En ce qui concernait l'IPAI, le recourant ne se prévalait d'aucun rapport médical corroborant ses allégations. La doctoresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'intimée, avait confirmé le taux de 15% dans son appréciation chirurgicale du 19 janvier 2017.

Dans ce rapport, joint à la réponse, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a rappelé le contexte de son évaluation, exposé l'anamnèse du recourant, résumé les rapports médicaux figurant au dossier, listé les documents d'imagerie mis à sa disposition et livré son appréciation du cas, avant de conclure. Elle a confirmé que la situation de l'épaule droite de l'intéressé était stabilisée et qu'il n'existait pas de mesure supplémentaire qui permettrait d'améliorer son état. Les Drs N\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ avaient tous deux constaté une limitation de son abduction à 90°, soit à l'horizontale, au niveau de l'épaule droite. L'utilisation de la table 1 d'indemnisation par le Dr F\_\_\_\_\_ découlait de ce constat. La symptomatologie présentée par le recourant correspondait à une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave, dont le taux de l'IPAI était de 15% selon la table 1. Rien ne lui permettait de s'éloigner de l'estimation du Dr F\_\_\_\_\_.

38. Le 22 mars 2017, une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue par-devant la chambre de céans.

A cette occasion, le recourant a confirmé les termes de son recours. Il contestait les DPT retenus par l'intimée, car les activités proposées n'étaient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles.

S'agissant du revenu sans invalidité, il prenait pour référence le revenu déterminé par la chambre de céans dans le cadre de son arrêt du 30 novembre 2016 (ATAS/998/2016), soit CHF 63'744.-, dans la procédure l'ayant opposé à l'OAI. En effet, il avait des revenus fluctuants, de sorte que la chambre de céans s'était fondée sur les statistiques. Selon une attestation de son employeur du 12 janvier 2015, le revenu global était de CHF 61'444.-. Il n'avait plus pu continuer son activité habituelle en raison de son accident. À cette époque, il travaillait à 50%. Le revenu retenu par l'intimée était contesté dans la mesure où son employeur avait attesté d'un salaire de base de CHF 28'321.70 payé treize fois l'an, ainsi que d'une AMT payée douze fois de CHF 200.-, pour un mi-temps. Or, pour un plein temps, cette indemnité devait être de CHF 400.- par mois pour la région de Genève.

Il contestait également le taux de l'IPAI retenu par le Dr F\_\_\_\_\_, lequel ne s'était fondé que sur le fait qu'il ne pouvait pas lever le bras plus haut qu'à l'horizontale. Il avait d'autres limitations qu'il convenait d'ajouter.

---

Enfin, il persistait à demander l'audition de son médecin traitant et éventuellement de la Dresse Q\_\_\_\_\_. Il demandait également à ce que l'arrêt rendu par la chambre de céans en matière d'assurance-invalidité soit versé à la procédure.

Pour sa part, l'intimée a expliqué avoir retenu des activités possibles respectant les limitations fonctionnelles du membre supérieur droit. Les DPT mettaient en évidence 37 activités envisageables. Elle en avait retenu cinq. Elle s'était effectivement fondée sur les revenus transmis par l'employeur, au moment où le recourant avait eu son accident. À cette époque, il travaillait à 50%. Pour le calcul, ce revenu avait été adapté à 100%. De son point de vue, l'AMT était de CHF 200.- quel que soit le taux d'activité. Selon elle, le revenu sans invalidité devait être établi sur la base des renseignements fournis par l'employeur au moment de l'accident. Concernant l'IPAI, il fallait tenir compte des séquelles dues à l'accident, en l'occurrence celles de l'épaule droite. Son médecin-conseil avait conclu à une IPAI de 15% sur la base de la table pertinente.

39. Les 28 et 31 mars 2017, à la demande de la chambre de céans, l'office cantonal de l'inspection et des relations du travail (ci-après : l'OCIRT) a transmis la convention collective de travail d'entreprise de B\_\_\_\_\_ suisse, révisée en 2011, ainsi que les avenants salariaux 2012, 2014 et 2015.
40. Le 24 avril 2017, l'intimée a observé que, selon cette convention, l'AMT dont bénéficiaient les travailleurs conventionnés dépendait de leur taux d'occupation. Cela étant, avant de se déterminer en conséquence, elle requérait le versement au dossier de l'arrêt de la chambre de céans évoqué lors de l'audience. Dans l'intervalle, elle persistait dans ses conclusions.
41. Dans ses observations du 17 mai 2017, le recourant a maintenu ses conclusions s'agissant de l'IPAI.

En ce qui concernait le revenu sans invalidité, le salaire réalisé auprès de son employeur ne permettait pas de déterminer son vrai potentiel de gain. En effet, lors de la survenance de l'accident en 2013, il travaillait à temps partiel, souhaitait devenir chauffeur de taxi, rencontrait déjà des problèmes de santé et était inscrit au chômage pour le solde de son temps de travail. D'ailleurs, dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité, la chambre de céans avait retenu, à raison, un revenu sans invalidité de CHF 63'744.-, tiré des statistiques. Subsidiairement, il fallait tenir compte d'un salaire de CHF 61'444.-, dans la mesure où l'AMT se montait à CHF 4'800.- par an pour un plein temps.

S'agissant du revenu avec invalidité, il admettait la moyenne des salaires moyens des 37 DPT retenues, soit CHF 54'136.-. L'intimée avait retenu, à tort, un montant de CHF 54'679.-, ce qui correspondait à la moyenne des salaires moyens des cinq DPT sélectionnés. En outre, l'abattement appliqué devait être porté à 25%. Ainsi, le revenu avec invalidité était de CHF 40'602.- (54'136 – 25%).

Compte tenu de ces éléments, son degré d'invalidité était de 36,3%, correspondant à une perte de gain de CHF 23'142.- (63'744 – 40'602).

42. Dans ses observations du 9 juin 2017, l'intimée a modifié ses conclusions. Une rente d'invalidité de 11% devait être allouée au recourant dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015 et la cause lui être renvoyée pour calcul du montant de la rente, sous suite de frais et dépens.

La question de l'adéquation entre les DPT retenus et le profil professionnel du recourant pouvait rester ouverte, dans la mesure où la situation ne lui serait pas plus favorable si son revenu avec invalidité était établi au moyen des ESS.

Quant au revenu sans invalidité, il ressortait effectivement de l'instruction judiciaire que le montant de CHF 59'043.- qu'elle avait retenu ne tenait pas compte de l'intégralité de l'AMT dont aurait bénéficié le recourant s'il avait travaillé à temps complet. Ainsi, il convenait de prendre en considération, à titre de revenu sans invalidité, le montant de CHF 61'444.-, tel qu'avancé subsidiairement par l'intéressé. Les conditions pour prendre en compte un salaire statistique n'étaient pas réalisées, de sorte qu'il convenait de se baser sur le revenu effectif du recourant au moment de l'accident, comme s'il travaillait à temps complet. Comparé au revenu avec invalidité de CHF 54'679.-, le degré d'invalidité se montait à 11%.

43. Dans ses observations du 4 juillet 2017, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 36,3%, subsidiairement de 15%. Son revenu sans invalidité devait être arrêté à CHF 63'744.-. Quant au revenu avec invalidité, il admettait la moyenne des 37 DPT retenus par l'intimée, soit CHF 54'136.-, étant précisé que ce salaire devait encore subir un abattement au vu de ses limitations fonctionnelles conséquentes et de son absence de formation notamment.

44. À la suite de quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

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

- 
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
  4. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
  5. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, en particulier sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sur le calcul de son degré d'invalidité et sur le taux de l'IPAI.
  6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

7. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h).
8. En ce qui concerne le football en particulier, le Tribunal fédéral a jugé à plusieurs reprises qu'il s'agissait-là d'un sport dont la pratique constitue un risque accru. En effet, cette activité implique bon nombre de mouvements qui ne sont pas courants, tels que le fait d'accélérer ou de s'arrêter brusquement, de courir de côté ou en arrière, de pivoter, de s'étirer, de tirer la balle, de sauter lors de têtes, etc. Ces mouvements sollicitent le corps entier d'une manière variée. Même pour un joueur entraîné, de tels mouvements ne constituent pas des gestes quotidiens comme le serait le fait de se déplacer dans une pièce (arrêt du Tribunal fédéral des assurances

---

U 469/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 71/07 du 15 juin 2007 consid. 6.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 611/06 du 12 mars 2007 consid. 5.1).

9. 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).
10. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
11. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. 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. A 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).

b) 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. Etant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

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).

12. 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).

13. En l'espèce, l'intimée considère que le recourant dispose d'une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour parvenir à cette conclusion, elle se fonde, en particulier, sur le rapport du 3 juin 2015 du Dr F\_\_\_\_\_.

Pour sa part, le recourant conteste présenter une quelconque capacité de travail, quelle que soit l'activité exercée, en raison de ses limitations fonctionnelles au niveau du bras droit, alors qu'il est droitier, et du fait qu'une reconversion n'est possible que dans un métier manuel, qu'il ne peut plus exercer en raison desdites limitations, à cause de son absence de formation.

Le rapport du 3 juin 2015 du Dr F\_\_\_\_\_ est fondé sur l'étude du dossier et un examen clinique du recourant. Il a rappelé le contexte de l'examen, résumé l'évolution du cas, fait état des plaintes de l'intéressé et de ses constatations objectives et livré son appréciation du cas. Les diagnostics retenus sont clairs et découlent des éléments figurant au dossier et de l'examen pratiqué par ses soins. Leurs conséquences sur la capacité de travail sont motivées brièvement mais de manière convaincante. Dès lors, ce rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

À la lecture du dossier, force est de constater qu'aucun des médecins ayant eu à connaître le cas ne contredit le Dr F\_\_\_\_\_, ni n'apporte d'éléments objectifs

---

importants qui auraient été ignorés par ce dernier, ou ne conclut à une incapacité de travail permanente, dans toute activité. Au contraire, les Drs E\_\_\_\_\_ (rapport du 11 novembre 2013), D\_\_\_\_\_ (rapports des 14 janvier 2014 et 4 novembre 2016) et N\_\_\_\_\_ (4 novembre 2015) ont considéré qu'une reconversion professionnelle était souhaitable et possible. Quant à la CRR, si elle a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle n'était plus possible, ce qui n'est pas contesté, elle a retenu un pronostic favorable pour une reprise du travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

S'agissant de la nature de l'activité adaptée, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F\_\_\_\_\_ et les autres médecins, en particulier ceux de la CRR, sont largement superposables, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Sur ce point, le recourant conteste les conséquences desdites limitations sur sa capacité de travail et soutient qu'il n'existe aucune activité adaptée à son état de santé, dans la mesure où il ne serait pas en mesure d'utiliser son bras droit. Il ne saurait toutefois être suivi sur ce point. Les limitations fonctionnelles retenues n'impliquent pas une immobilisation totale du bras droit et de sa main, mais proscrivent certains gestes en raison des atteintes à l'épaule droite. En réalité, le recourant se contente de substituer sa propre appréciation à celle du Dr F\_\_\_\_\_ et des autres médecins, ce qui ne saurait être suffisant pour s'écarter de leurs conclusions. En effet, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. En tout état de cause, le simple fait que le recourant ne soit plus en mesure d'utiliser son bras droit n'impliquerait pas nécessairement de conclure à une impossibilité de reclassement professionnel (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 578/02 du 1<sup>er</sup> septembre 2003 consid. 4).

Eu égard à ce qui précède, il convient de se rallier à la conclusion du Dr F\_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant est en mesure de travailler à plein temps et sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, la chambre de céans dispose de tous les éléments nécessaires à l'appréciation du litige, de sorte que les auditions et l'expertise demandées ne s'avèrent pas nécessaires.

14. a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette

diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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. 16 LPGA).

b) 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 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. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

c) 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

d) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'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).

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

La jurisprudence de l'ATF 129 V 472 consid. 4.2.2, développée en rapport avec la violation du droit d'être entendu (art. 29 Cst.) et de l'égalité des armes (art. 6 par 1 CEDH), a déterminé à quelles conditions devait être soumise la prise en compte des DPT pour calculer le revenu d'invalidé. Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant de fixer le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale. Lorsque tel n'a pas été le cas et que le détail du calcul du revenu d'invalidé a été communiqué pour la première fois à l'assuré dans la décision sur opposition, il y a lieu de considérer que la violation du droit d'être entendu a été réparée en procédure cantonale lorsque l'assuré a recouru contre cette décision et a pu faire valoir tous ses arguments en procédure cantonale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3).

15. En l'occurrence, l'intimée a initialement retenu un revenu sans invalidité de CHF 59'040.-, treizième salaire et AMT compris, fondé sur les renseignements fournis par l'employeur, et un revenu avec invalidité de CHF 54'679.-, fondé sur cinq DPT tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant. La perte de gain était donc de 7,4%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente

---

d'invalidité. En cours de procédure et suite à l'apport au dossier de la convention collective de B\_\_\_\_\_ et de l'arrêt du 30 novembre 2016 (ATAS/998/2016) rendu dans le cadre de la procédure AI, l'intimée a modifié son appréciation. Elle a considéré que le revenu sans invalidité devait être augmenté à CHF 61'444.-, afin de tenir compte de l'AMT complète. Ainsi, la perte de gain était de 11% ce qui donnait au recourant le droit à une rente d'invalidité. S'agissant du revenu avec invalidité, elle estime que le recourant aurait dû formuler des réserves quant aux DPT dans le cadre de son opposition, ce qu'il n'avait pas fait, de sorte que ses griefs à ce propos ne devaient pas être examinés.

Quant au recourant, il conteste les montants retenus à titre de revenu avec et sans invalidité. Lors de l'accident en 2013, il travaillait à temps partiel, souhaitait devenir chauffeur de taxi, rencontrait des problèmes de santé et était inscrit au chômage pour le solde de son temps de travail, de sorte que sa situation justifiait de prendre en compte un revenu statistique en lieu et place de son revenu effectif. Son revenu sans invalidité devait donc être porté à CHF 63'744.-, subsidiairement à CHF 61'444.-. S'agissant du revenu avec invalidité, il admet le revenu moyen des 37 DPT listés par l'intimée, soit CHF 54'136.-, en lieu et place du revenu moyen des cinq DPT retenus par l'intimée, soit CHF 54'679.-. Selon lui il convient encore d'appliquer au revenu avec invalidité de CHF 54'136.- un abattement de 25%, ce qui porte ledit revenu à CHF 40'602.- et sa perte de gain à 36.3%.

En premier lieu, il convient de relever que si le recourant ne s'est pas déterminé sur les DPT dans le cadre de son opposition, il n'était pas en mesure de le faire. En effet, il apparaît que l'intimée n'a pas mentionné l'existence des DPT dans sa décision du 3 mai 2016. L'utilisation des DPT a en effet été portée à la connaissance du recourant pour la première fois dans le cadre de la décision entreprise. Ainsi, on ne saurait faire grief au recourant de ne pas s'être prononcé sur ce sujet dans le cadre de son opposition. Au contraire, l'omission de l'intimée constitue une violation du droit d'être entendu. Cela étant, l'intéressé ayant recouru contre la décision sur opposition et ayant fait valoir ses arguments en cours de procédure, et dans la mesure où la chambre de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen, il faut admettre que la violation du droit d'être entendu a pu être réparée.

S'agissant du revenu sans invalidité et conformément à l'analyse de la chambre de céans dans son arrêt du 30 novembre 2016 (ATAS/998/2016), le revenu du recourant a passablement varié dans les années qui ont précédé son accident, de sorte qu'il ne reflète pas pleinement sa capacité de travail. D'ailleurs, lors de l'événement du 12 mai 2013, l'intéressé travaillait à 50% et était inscrit au chômage pour le surplus. Par conséquent, il se justifie de recourir à un revenu statistique pour déterminer son revenu sans invalidité. Le recourant n'ayant pas suivi de formation particulière, il y avait lieu de se référer au revenu statistique pour les activités simples et répétitives, selon l'ESS 2014 (TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1), lequel est de CHF 5'312.-. Annualisé, indexé à 2015 et adapté à la durée normale de travail de 41,7 heures, le revenu sans invalidité est ainsi de CHF 66'718.80.

---

Quant au revenu d'invalidé, il convient de constater que les cinq DPT retenus par l'intimée sont des activités légères ne nécessitant pas de formation particulière et respectant les limitations fonctionnelles du recourant. Contrairement à ce que ce dernier soutient, il y a donc lieu de déterminer son revenu avec invalidité sur la base de la moyenne salariale des cinq DPT valablement sélectionnés par l'intimée et non sur la moyenne salariale de l'ensemble des DPT fournis. Le revenu avec invalidité de CHF 54'679.-, retenu par l'intimée, doit ainsi être confirmé, étant précisé qu'aucun abattement ne peut lui être appliqué, conformément à la jurisprudence.

Par conséquent, la comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de CHF 12'039.80.-, soit un degré d'invalidité 18%, lequel ouvre le droit à une rente d'invalidité de même taux.

Sur ce point, le recours sera donc partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée, afin qu'elle calcule le montant de la rente d'invalidité à servir au recourant dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015.

Reste à examiner le dernier point litigieux, soit le taux de l'IPAI devant être allouée au recourant.

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

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est 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).

b) Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique 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, 1<sup>ère</sup> phrase).

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).

c) Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]).

17. 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 Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://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).

18. En l'espèce, l'intimée a fixé une IPAI de 15% en se fondant sur l'avis du Dr F\_\_\_\_\_.

Le recourant conteste ce taux, considérant que ses limitations fonctionnelles justifient une IPAI de 35%.

En l'occurrence, l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ repose sur un examen clinique du recourant réalisé le 3 juin 2015 et le dossier mis à sa disposition. Dans cet avis émis en parallèle de son rapport du même jour, dont la valeur probante a été admise dans les considérants qui précèdent, il a pris en compte les douleurs au niveau de l'épaule droite et les plaintes du recourant, et motivé le taux retenu. Par ailleurs, aucun rapport médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de l'atteinte à l'intégrité de l'épaule droite du recourant. Au contraire, dans son rapport du 19 janvier 2017, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a confirmé une limitation de l'abduction à 90°, soit à l'horizontale, au niveau de l'épaule droite et le fait que l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ et l'utilisation de la table 1 d'indemnisation découlait de ce constat. Selon elle, la symptomatologie présentée par le recourant correspondait à une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave, dont le taux de l'IPAI était de 15% selon la table en question. Ainsi, l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité du Dr F\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Une fois encore, le recourant substitue sa propre appréciation à celle de ce médecin, ce qui ne saurait suffire pour la remettre en cause.

En définitive, il y a donc lieu de confirmer l'octroi d'une IPAI de 15% au recourant.

19. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 5 juillet 2016 sera annulée, en tant qu'elle nie tout droit à une rente d'invalidité, et la cause sera renvoyée à l'intimée, afin qu'elle calcule le montant de la rente d'invalidité.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 5 juillet 2016 en tant qu'elle nie le droit du recourant à une rente d'invalidité.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 18% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015.
5. Confirme la décision pour le surplus.
6. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.
7. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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