

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/337/2025

ATAS/862/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 11 novembre 2025**

**Chambre 2**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Lucile BONAZ, avocate

recourant

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS**  
représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocat

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Maria Esther SPEDALIERO et Yves  
MABILLARD, juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

**A. a.** Le 5 novembre 2020, A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1986, célibataire ou divorcé, ressortissant d'un pays non européen et bénéficiaire alors d'une admission provisoire en Suisse (livret F) – avant l'octroi en début 2023 d'une autorisation de séjour (livret B-OASA), et domicilié dans le canton de Genève, a fait l'objet d'une « déclaration de sinistre LAA » de la part de la société B\_\_\_\_\_SA (ci-après : l'employeur), active dans l'achat et vente de matériaux de construction, sise dans un autre canton suisse, auprès de laquelle il avait été engagé en juillet 2019 et pour une durée indéterminée, en qualité de « chef de manœuvre » et « aide-monteur de fixation pour panneaux solaires » au taux de 100% (41h15 par semaine).

La date du sinistre indiquée était le 22 octobre 2020, et les faits étaient décrits comme il suit : « Tomber sur le genou, et problème de l'épaule en s'appuyant ». Les lésions consistaient en une contusion à l'épaule gauche. Le travail avait été interrompu dès cet accident.

Le même 22 octobre 2020, l'intéressé a reçu des soins auprès du service des urgences de l'Hôpital de La Tour pour son poignet gauche et son genou droit.

**b.** Dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, l'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA, la caisse ou l'intimée), a noté que, selon un entretien téléphonique du 12 novembre 2020 avec l'assuré, le genou droit et le poignet gauche étaient quasiment rétablis, le principal problème persistant au niveau de l'épaule gauche, puis, à la suite de son courrier du 19 novembre 2020, a pris en charge ce cas, par des indemnités journalières et prises en charge de traitements, et l'a instruit, en particulier en recueillant des avis médicaux ainsi que des renseignements mentionnés ci-après.

À la suite notamment d'une radiographie de l'épaule gauche du 2 novembre 2020 et d'une « CT » de celle-ci du lendemain, suivies de rapport du docteur C\_\_\_\_\_, radiologue, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein d'un centre médical, a, dans un rapport du 17 novembre 2020, fait notamment état d'un arrêt de travail attendu pour au moins trois mois, puis a, dans un « rapport médical intermédiaire » complété le 27 novembre 2020, posé le diagnostic de « luxation-réduction d'épaule [gauche] antéro-inférieure avec lésion de Bankart et Hill-Sachs (le 22.10.2020) », prévoyant un traitement d'une durée de six mois mais ne se prononçant pas sur la question d'une reprise du travail. Ce chirurgien orthopédiste a régulièrement émis des certificats d'arrêt de travail à 100% pour cause d'accident.

Le 25 janvier 2021, le docteur E\_\_\_\_\_, radiologue, a établi un rapport à la suite d'une « arthro-IRM de l'épaule gauche » réalisée le même jour, et, le 1<sup>er</sup> février

2021, il a rédigé un autre rapport à la suite d'une infiltration de l'épaule gauche effectuée le même jour.

Le 12 mars 2021, le Dr D\_\_\_\_\_ a noté une nette amélioration après l'infiltration, avec une disparition des douleurs pendant une semaine, mais avec une récurrence progressive depuis lors.

c. À la demande de la caisse, l'assuré a fait l'objet d'une hospitalisation du 18 mai au 15 juin 2021 auprès du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR), qui a établi divers documents, dont, notamment, un rapport du 14 juillet 2021 effectuant une synthèse, un rapport « réadaptation de l'appareil locomoteur », un rapport à la suite d'une électroneuromyographie (ENMG) réalisée le 2 juin 2021, un rapport à la suite d'un examen neuropsychologique des 7 et 8 juin 2021, des rapports pourtant sur des imageries médicales, ainsi que des résultats de tests sanguins.

À teneur du rapport de synthèse, les diagnostics principaux étaient : - « 22.10.2020 : luxation antéro-inférieure de l'épaule gauche avec lésion de Bankart osseux et de Hill-Sachs, réduite spontanément » ; - « 26.05.2021 : chute sur crise d'épilepsie avec rechute des douleurs de l'épaule gauche et contusion genou gauche » ; - « taux résiduels d'antiépileptiques nettement en-dessous de la norme ». Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. S'agissant des limitations fonctionnelles provisoires retenues (« ces limitations correspondant à l'effort consenti par le patient au vu d'une auto-limitation en lien avec les douleurs »), « le patient [pouvait] effectuer une activité légère à sédentaire principalement en position assise ». La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Était proposée la poursuite d'un traitement de physiothérapie, qui était brièvement décrit. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était « défavorable pour les facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs médicaux sans lien avec l'accident », mais « théoriquement favorable » dans une activité adaptée, « mais les facteurs médicaux sans lien avec l'accident et les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de réorientation ». Il y avait une incapacité de travail totale dans la profession habituelle de monteur de panneaux solaires du 18 mai au 15 juillet 2021.

d. Le 12 mai 2021, l'employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 31 juillet 2021.

e. Le 3 août 2021, répondant pour partie à des questions de la caisse, la docteure F\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine intensive et médecine interne générale et médecin-conseil de la SUVA, a, au titre de diagnostics, relevé : « épilepsie focale probablement temporale mal contrôlée (malcompliance médicamenteuse ?) – Multiples crises avec fractures : - 12.2012 : Fracture du col de la scapula et de la base de l'acromion [gauche] ; - 22.10.2022 : Luxation-réduction spontanée antéro-

inférieure de l'épaule [gauche] avec lésion de Bankart osseux de moins de 20% de la surface articulaire et impaction de contre-coup de Hill-Sachs ; - 26.05.2021 : Contusion genou et épaule [gauches] ». Concernant l'acromion gauche, il y avait eu une ostéosynthèse en 2013 et une ablation du matériel de celle-ci en 2015. Les limitations fonctionnelles pour le membre supérieur gauche consistaient : - pas de port de charge de plus de 5-10 kg ; - pas de position extrême ; - pas de rétropulsion – rotation externe. Dans une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles, l'assuré avait une pleine capacité de travail et un plein rendement (« hors restrictions secondaires à l'épilepsie »). L'incapacité totale attestée jusqu'au 31 août 2021 était partiellement imputable à l'événement du 22 octobre 2020 ; une contusion guérissait en 6 à 8 semaines, soit ici au plus tard le 25 juillet 2021, les crises d'épilepsie récidivantes participant à cet arrêt. Le pronostic était bon « d'un point de vue accidentel » mais très réservé « au vu de l'épilepsie récidivante ».

**f.** Le 10 août 2021, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a écrit avoir vu le même jour l'intéressé, « qui [présentait] des douleurs d'épaule gauche depuis 2012 suite à une fracture acromion et omoplate en 2021 durant une crise d'épilepsie [...]. L'épilepsie [était] encore en période de stabilisation. Entretemps il [avait] eu plusieurs crises dont une en octobre 2020 et mai 2021 qui ont résulté à une chute, engendrant une luxation et fracture de glène gauche » ; le diagnostic était une « fracture-luxation de l'épaule gauche dans un contexte d'épilepsie ». Le 12 août 2021, ce chirurgien orthopédiste a mentionné avoir revu ce jour l'assuré pour un contrôle concernant son problème d'épaule gauche. Puis, le 1<sup>er</sup> septembre 2021, il a indiqué que le patient était « à deux jours d'une fracture du grand tubercule de la tête humérale gauche sur une crise d'épilepsie tonico-clonique ».

Les 10 et 30 août 2021, des examens d'imagerie de l'épaule gauche ont été réalisés par des radiologues, qui ont rédigé des rapports y afférents.

Le 2 septembre 2021, l'employeur a répondu à des questions de la caisse relativement à la rémunération de l'intéressé et, le 23 juin 2022, il a complété le document « attestation de l'employeur », indiquant, notamment, comme dernier salaire mensuel, CHF 5'072.80.

En parallèle, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2021 et à tout le moins jusqu'au 3 décembre 2023, le Dr G\_\_\_\_\_ a régulièrement attesté une capacité de travail nulle pour cause d'accident.

Du 6 au 8 septembre 2021, l'assuré a été hospitalisé par le Dr G\_\_\_\_\_ auprès de l'Hôpital de La Tour pour une opération consistant en une arthrotomie de l'épaule avec ténodèse du long chef du biceps, réparation de la coiffe des rotateurs et ce sans acromioplastie ni « résection du cm externe externe de la clavicule », selon un rapport de ce chirurgien orthopédiste, qui posait au préalable les diagnostic suivants : « lésion transfixiante massive de type D selon Collin (...) au dépens

du(des) tendon(s) sus-épineux sous-épineux (coiffe A, bony rotator cuff) gauche », « pas de signe de conflit sous-acromial », « tendisopathie et/ou instabilité du long chef du biceps », « pas d'arthropathie acromioclaviculaire symptomatique ».

Le 15 octobre 2021, le Dr G\_\_\_\_\_ a prescrit des séances de physiothérapie « gain passif amplitudes en piscine » (difficilement lisible), ce qui a été réitéré les 2 et 20 novembre 2021.

Les 7 septembre et 18 octobre 2021, des examens d'imagerie de l'épaule gauche ont été réalisés par des radiologues, qui ont rédigé des rapports y relatifs.

Le 21 janvier 2022, le Dr G\_\_\_\_\_ a notamment noté que le patient, au contrôle de trois mois après l'intervention chirurgicale, « restait encore douloureux et raide malgré une progression lente en balnéothérapie » et « [rapportait] qu'entretemps, il [avait] présenté une nouvelle crise d'épilepsie sans dégât notable ».

Les 28 février ainsi que 4 et 22 mars 2022, l'assuré a fait l'objet d'examens d'imagerie de l'épaule gauche, celui du 4 mars 2022 (arthro-IRM) étant réalisé par le radiologue E\_\_\_\_\_, qui a établi un rapport le même jour, ce à quoi s'est encore ajouté un examen d'imagerie le 25 avril 2022.

Du 22 au 24 mars 2022, l'intéressé a subi une « arthrotomie glénohumérale et réinsertion de la grande tubérosité » (22 mars 2022) effectuée par le Dr G\_\_\_\_\_, lequel, dans son compte rendu opératoire, a noté que les suites postopératoires avaient été simples.

Par la suite, ledit chirurgien a continué à attester régulièrement une capacité de travail nulle pour cause d'accident.

Le 3 octobre 2022, le Dr G\_\_\_\_\_ a écrit qu'à six mois et demi de la dernière opération à l'épaule gauche, l'évolution était lentement favorable, et que le patient accomplissait encore de la physiothérapie et prenait occasionnellement des AINS.

Le 27 (*recte* : 17) mars 2023, il a écrit au médecin-conseil de la SUVA que l'assuré, vu le même jour, présentait des séquelles de luxation glénohumérale avec une omarthrose débutante et une disparition de son grand tubercule, et qu'il avait fait beaucoup de progrès ces dernières années avec aujourd'hui nettement moins de douleurs, des mesures d'élévation et de rotation de l'épaule gauche étant en outre indiquées.

**g.** Le 5 juin 2023, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique auprès du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la SUVA. Selon le rapport du même jour de ce spécialiste, le diagnostic consistait en un « status après probables fractures-luxations de l'épaule gauche dans un contexte d'épilepsie récidivante et mal contrôlée (l'assuré évoque une résistance au traitement antiépileptique, suivi par le Dr H\_\_\_\_\_ à l'Hôpital cantonal) ». Concernant la mobilité de l'épaule gauche, l'intéressé était très limité. L'évolution était très défavorable dans les

suites de lésions complexes de l'épaule gauche. Au vu des éléments disponibles, la situation était pratiquement et suffisamment stabilisée pour permettre un bilan asséurologique du cas, le Dr G\_\_\_\_\_ acceptant à ce sujet que l'assuré obtienne un deuxième avis, auprès du docteur I\_\_\_\_\_ spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en particulier de l'épaule et du coude. Les séquelles fonctionnelles de l'épaule gauche étaient en lien avec l'événement annoncé le 22 octobre 2022. Concernant l'exigibilité, il y avait lieu de modifier celle proposée le 23 août 2016 dans un autre dossier de sinistre (dossier n° 1\_\_\_\_\_). « Compte tenu de la limitation fonctionnelle et des douleurs actuelles, le port de charges de plus de 5 kg [était] déconseillé, ainsi que tous les travaux de force au-dessus de la tête et répétitifs. L'activité devrait être de type sédentaire, sans port de charges. Celle-ci devrait permettre les modifications des positions assise et debout. L'utilisation de son membre supérieur gauche pour les activités de force [devrait] être évitée ».

**h.** Dans un rapport du 3 août 2023 faisant suite à une consultation du même jour, le Dr I\_\_\_\_\_, avec la docteure J\_\_\_\_\_, médecin interne auprès de la même clinique que le premier cité, a relevé que le patient était connu pour des épilepsies récurrentes pharmaco-résistantes et qu'il avait été opéré cinq fois de l'épaule gauche à la suite de multiples traumatismes post-épileptiques. Les douleurs avaient commencé il y avait plusieurs années lors de traumatismes répétés associés aux crises d'épilepsie. Malgré les deux opérations réalisées par le Dr G\_\_\_\_\_, la perte de mobilité et les douleurs persistaient. Les douleurs étaient quotidiennes, « d'intensité 10/10 lors de la mobilisation avec composante nocturne ». De multiples séances de physiothérapie et plusieurs infiltrations avaient apporté peu d'amélioration. L'intéressé prenait actuellement de l'Ibuprofen et du Tramadol, et il estimait la fonction de son épaule à 20%. À l'examen clinique, il présentait une douleur diffuse lors de la palpation ; des mesures à l'élévation, abduction et rotation étaient notées ; la force était globalement faible et les tests fonctionnels n'étaient pas praticables. Le score de constant du jour était de 9%, et « la radiographie standard [mettait] en évidence une omarthrose post-traumatique et une résorption osseuse du trochiter avec du matériel en place au niveau de l'acromion et de l'humérus ». L'état était donc stabilisé avec cependant des séquelles permanentes importantes. La sévérité de l'épilepsie proscrivait toute nouvelle opération. Le dépôt d'une demande auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) était encouragé.

**i.** À teneur d'une « appréciation médicale » du 2 octobre 2023 du médecin-conseil G\_\_\_\_\_, la situation était suffisamment stabilisée pour évaluer les séquelles de l'accident du 22 octobre 2020. La totalité des lésions constatées, à savoir la fracture-luxation de l'épaule gauche « initialement » et des « épisodes d'instabilité séquellaire épaule [gauche] », étaient en lien avec cet événement. L'exigibilité proposée à l'examen du 5 juin 2023 était « finalement » retenue. En réponse à la question de savoir si un traitement médical était encore à la charge de

l'assurance-accidents, il était proposé d'accepter un traitement antalgique et de la physiothérapie à raison de trois séries de neuf séances par an et ceci pour les deux années à venir. Enfin, « le droit à la rechute [pourrait] être accepté dans le contexte d'omarthrose post-traumatique ».

Le même 2 octobre 2023, l'atteinte à l'intégrité a fait l'objet d'une estimation et a été évaluée à 20% par le Dr G\_\_\_\_\_. Était en effet retenue « une arthrose grave, contexte d'arthrose gléno-humérale gauche », ce à quoi s'ajoutaient « le contexte d'instabilité » ainsi que « la maladie neurologique avec épilepsie et crises responsables de luxation fractures ».

**j.** Par lettre du 31 octobre 2023, la SUVA a annoncé à l'assuré que, selon l'appréciation de son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de la situation médicale, de sorte qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2023, tout en continuant à prendre en charge les traitements d'antalgie ainsi que trois séries de neuf séances de physiothérapie par année jusqu'au 30 novembre 2025. La question de l'éventuel droit de l'intéressé à d'autres prestations de la caisse était encore examinée actuellement.

**k.** Par « appréciation médicale » du 27 novembre 2023 répondant à des questions de la caisse, le médecin-conseil G\_\_\_\_\_ a précisé que les séquelles imputables à l'accident du 22 octobre 2020 étaient l'« omarthrose post-traumatique et fonction musculaire de l'épaule gauche perturbée par séquelles musculaires (amyotrophie sévère) ». Concernant les limitations fonctionnelles, l'activité sédentaire proposée le 5 juin 2023 était modifiée en ce sens que l'activité adaptée devrait être sans port de charge de plus de 3 kg pour le membre supérieur gauche, étant rappelé que le membre supérieur droit était dénué de pathologie chez cet assuré droitier. Dans la fixation des limitations fonctionnelles, l'épilepsie n'était pas prise en compte, vu son origine maladie, non assurée par la SUVA.

Le même 27 novembre 2023, l'atteinte à l'intégrité a fait l'objet d'une nouvelle estimation par le Dr G\_\_\_\_\_. Il y avait une atteinte à l'intégrité de 10% qui avait été évaluée dans le dossier n° 1\_\_\_\_\_, également pour l'épaule gauche, évaluation à laquelle il convenait de se référer. Le taux d'atteinte à l'intégrité était aussi de 10% pour le présent cas qui faisait suite à l'accident du 22 octobre 2020, ce qui donnait une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 20% au total. Était en effet retenue « une arthrose grave, contexte d'arthrose gléno-humérale gauche », ce à quoi s'ajoutait « le contexte d'instabilité ».

**B. a.** Par décision du 18 décembre 2023, à la suite d'un calcul du taux d'invalidité avec les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) effectué le 14 décembre précédent, la SUVA a retenu, en 2023 (année prise en considération), un gain annuel sans invalidité de CHF 72'223.- dans le secteur de la construction, niveau de compétence 1, et un revenu annuel avec invalidité de

---

CHF 60'536.- à partir du salaire statistique mensuel de CHF 5'261.-, pour un homme de niveau de compétence 1 (moyenne de toutes les branches économiques), sans perte de rendement mais avec un abattement de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles (évitement du port de charges de plus de 3 kg du côté gauche, les manègements d'outils lourds et tous les travaux en force au-dessus de la tête et répétitifs étant en outre déconseillés) qui permettaient l'exercice d'une activité légère dans différents secteurs du marché de l'emploi. Il en résultait une perte de gain de 16% donnant droit à une rente d'invalidité de 16% pour un gain annuel assuré se montant à CHF 76'194.-, ce à quoi s'ajoutait une IPAI de 10% (CHF 14'820.-) pour l'accident du 22 octobre 2020.

**b.** Par opposition du 30 janvier 2024 signée par son avocat nouvellement constitué, et complétée le 11 juin 2024, l'assuré a contesté cette décision, concluant à la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité sur la base d'une incapacité de gain de 100% ainsi que d'un droit à une IPAI d'au minimum 60%, le gain annuel assuré devant être CHF 132'918.50 (au lieu de CHF 76'194.-).

**c.** En parallèle, par décision du 7 mai 2024, se référant à une demande de prestations AI du 16 août 2016 suivie d'une annonce le 22 mars 2021 d'une péjoration depuis le 22 octobre 2020, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a, comme « résultat de nos constatations suite à l'audition » – donc à la suite d'une opposition à un projet de décision du 22 février 2021 –, reconnu à l'intéressé (ayant le statut d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle) le droit à une rente entière de l'AI sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Le début de l'incapacité de travail complète « dans toutes activités confondues » était le 22 octobre 2020, de sorte qu'une rente entière d'invalidité était octroyée dès trois mois après cette aggravation, donc à partir du 1<sup>er</sup> février 2021, des mesures professionnelles n'étant quant à elles pas indiquées actuellement.

Il est précisé que selon la suite de la motivation de cette décision, sous « résultat de nos constatations » – correspondant à la motivation du projet de décision du 22 février 2021 précité –, à l'issue de l'instruction médicale – telle qu'effectuée avant « l'audition » –, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle à compter du 8 décembre 2012 (début du délai d'attente d'un an), mais entière dans une activité adaptée. Par la suite, l'assuré avait bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle avec paiement d'indemnités journalières en parallèle, après quoi il avait trouvé un emploi à temps plein, une documentation justifiant ce changement de situation étant produite (NDR : cet emploi pourrait être celui d'« aide-monteur de fixation pour panneaux solaires » que l'intéressé exerçait au moment de la survenance de l'accident du 22 octobre 2020 ici en cause, ou un autre emploi exercé avant juillet 2019) ; au terme des mesures et sur la base d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité, le degré d'invalidité était nul et ne donnait pas droit à une rente d'invalidité ; d'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans cette situation. Cette motivation

avant l'« audition » était en réalité reprise de celle ayant conduit au projet de décision de l'OAI du 22 février 2021 susmentionné – donc un peu avant l'annonce de l'aggravation – rejetant la demande de prestations AI (refus de rente et réussite de mesures professionnelles).

Le dossier AI contient en outre les documents qui suivent.

Selon un rapport adressé le 17 janvier 2024 à l'OAI par le service de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), qui évoquait au plan physique une perte de la fonctionnalité de l'épaule gauche depuis 2012, un arrêt du sport et une prise de poids, l'intéressé souffrait de troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (CIM-10, F10.2), et de troubles de l'adaptation en lien avec ses maladies somatiques, avec humeur dépressive prolongée (F43.2), l'évolution étant peu favorable. L'incapacité de travail était surtout en lien avec ses comorbidités somatiques. Les diagnostics psychiatriques n'entraînaient pas de répercussion sur la capacité de travail, ni des limitations fonctionnelles.

Il ressortait d'un rapport établi le 27 février 2024 à l'intention de l'OAI par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant depuis le 13 décembre 2013 à raison de deux consultations par semaine, que l'assuré avait, dans le contexte de grandes difficultés aux plans personnel et familial en Suisse depuis 2007, subi une première crise d'épilepsie en 2011, avec une aggravation en 2012 dans le cadre de laquelle une crise s'était soldée par une fracture à l'épaule gauche (« grosse fracture de l'omoplate du haut en bas et fracture de l'acromion ») qui avait nécessité une intervention chirurgicale aux HUG en décembre 2012 (*recte* : janvier 2013), suivie en 2016 d'une opération réalisée par le Dr G\_\_\_\_\_ (avant les opérations de septembre 2021 et mars 2022). Les diagnostics psychiatriques avec répercussion durable sur la capacité de travail étaient des « facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F54 et G40) » ainsi qu'un « trouble en réaction à un facteur de stress sévère persistant (F43.8) » en lien avec le trouble précédent F54 et G40, le « trouble mental et comportemental lié à l'utilisation d'alcool (F10.24) », présent depuis août 2023 étant quant à lui sans répercussion sur la capacité de travail et faisant l'objet d'une tentative de sevrage depuis une semaine. Un bilan neurologique était attendu pour juillet 2024. À terme, une fois la problématique médicale, asséurologique et administrative complexe clarifiée, le patient serait, au plan psychiatrique et selon ce qu'on pouvait raisonnablement penser, apte pour « suivre une réadaptation professionnelle dans un domaine non physique accessible ».

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2024, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) résumait les éléments orthopédiques, neurologiques, psychiatriques et ophtalmologique. L'atteinte principale incapacitante était le status après la fracture de l'acromion et du col glénoïdien gauche (8 décembre 2012), les autres atteintes incapacitantes le status après la luxation de l'épaule gauche

(22 octobre 2020), le status après la fracture déplacée du grand tubercule de la tête humérale gauche, le status après les chirurgies de l'épaule gauche (2 janvier 2013, 19 mars 2015, 8 septembre 2021 et 24 mars 2022), l'omarthrose post-traumatique gauche avec épaule paralytique gauche, la rupture de la coiffe des rotateurs gauche, l'«épilepsie focale secondairement généralisée non structurale», les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2), et les troubles de l'adaptation en lien avec ses maladies somatiques, avec humeur dépressive prolongée (F43.2). Le SMR confirmait les conclusions de son rapport du 27 avril 2017, à savoir une capacité de travail nulle depuis le 8 décembre 2012 dans l'activité habituelle d'agent de sécurité et dans toute autre activité, mais entière dès mai 2015 dans une activité adaptée jusqu'au traumatisme du 22 octobre 2020. Les limitations fonctionnelles étaient : « pas de port de charge supérieur à 2 kg le long du corps à gauche, 0 kg en suspension à gauche, pas d'activité au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche, pas de mouvement répétitif en suspension à gauche, mais uniquement avec la main et en appui de l'avant-bras. Pas de conduite ni d'engins dangereux si rupture du contact (plaques de cuisson, etc.), pas de travail en hauteur, pas de travail la nuit ni au petit matin, pas d'exigence de rendement applicable (nécessité de pauses voire absences réitérées sur crises, fatigue, faible seuil au stress, gêne douloureuse) ». Toujours d'après le SMR, depuis octobre 2020, l'état de santé était instable au plan non seulement orthopédique mais aussi neuropsychiatrique, « pourvu que la date de début de l'éthylisme chronique [n'était] pas connue et que les adaptations thérapeutiques antiépileptiques [s'étaient] enchaînées », de sorte que la capacité de travail était nulle à partir de ce mois-ci même dans une activité adaptée. Néanmoins, « à ce stade, chez ce jeune assuré ayant déjà fait preuve de grande capacité de résilience, il y [avait] lieu de retenir que le pronostic fonctionnel [gardait] une marge de progression ». Étaient exigibles un « suivi rapproché en addictologie HUG avec sevrage alcool dans un contexte hospitalier contrôlé et prise en charge tableau morbide sous-jacent ».

**d.** Par décision sur opposition rendue le 17 décembre 2024, la SUVA a affirmé que « l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'épilepsie focale, les troubles oculaires, les troubles psychiques et l'accident du 22 octobre 2020 [était] désormais considérée comme définitive », de sorte qu'il y avait « lieu d'examiner le droit aux prestations litigieuses de l'assurance-accidents à l'aune des seules séquelles physiques en lien de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 22 octobre 2020 ». L'assuré contestait la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et le revenu d'invalidé tels que fixés par la caisse, mais non la stabilisation de son état de santé. Il n'apportait pas d'élément probant permettant de contester l'appréciation du médecin-conseil G \_\_\_\_\_ qui retenait une capacité de travail exigible entière dans une activité sans port de charges de plus de 3 kg du côté gauche, sans managements d'outils lourds ni travaux de force au-dessus de la tête et répétitifs ; en particulier, l'avis du SMR auquel l'intéressé se référait ne lui était d'aucun

---

secours, étant donné que l'incapacité de travail de 100% avait été motivée par des troubles sans lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 22 octobre 2020. Les nouveaux chiffres de l'ESS 2022 ayant été publiés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) après le prononcé de la décision – initiale – du 18 décembre 2023, il fallait partir du salaire statistique mensuel – selon la nouvelle ESS – de CHF 5'305.- (et non plus de CHF 5'261.-), ce qui, après calculs et prise en compte de l'abattement de 10%, donnait une perte de gain de 17.33%, arrondie à 17% (au lieu du 16% selon la décision initiale), donnant droit à une rente d'invalidité de 17% à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2023. Sur la base des relevés de salaire pour les mois d'octobre 2019 à octobre 2020, le gain annuel assuré était augmenté de CHF 76'194.- à CHF 79'494.-. L'opposition était – partiellement – admise concernant ces deux derniers points (taux de 17% et gain assuré). Par ailleurs, le taux de 10% et le montant de CHF 14'820.- de l'IPAI étaient confirmés. Enfin, il était précisé que l'effet suspensif était retiré à un éventuel recours contre ladite décision sur opposition.

- C. a. Par acte du 31 janvier 2025, l'assuré, toujours représenté par son conseil, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre cette décision sur opposition. Il sollicitait, préalablement, son audition lors d'une audience publique et celle du Dr G\_\_\_\_\_ et de la docteure L\_\_\_\_\_, et, « au besoin », « la mise sur pied d'une expertise pour déterminer les activités fonctionnelles pouvant être exercées par [lui] compte tenu de ses atteintes à la santé ainsi que son taux de capacité de travail résiduel dans une activité adaptée, de même que pour déterminer les limitations permettant ensuite de fixer son taux d'atteinte à l'intégrité ». Il concluait, au fond, à l'annulation de la décision sur opposition du 17 décembre 2024 précitée et, cela fait, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au minimum 50% calculée sur la base d'un salaire assuré de CHF 79'494.-, à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2023, de même qu'à l'octroi d'une IPAI d'au minimum 50%.

Il était rappelé que le recourant avait effectué en 2012 une première déclaration auprès de la SUVA, qui, après une longue période d'instruction, avait prononcé le 24 février 2017 une première décision, octroyant à l'intéressé une IPAI de 10% (sinistre n° 1\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 22 janvier 2025 destiné au médecin-conseil de la caisse, le Dr G\_\_\_\_\_ se référait à une consultation du 20 janvier précédent. D'après ce médecin, « le patient [était] actuellement extrêmement gêné par son épaule gauche en raison de douleurs intenses, la mobilité [était] très limitée. Il [évaluait] la fonction de celle-ci à environ 10% de la normale. Les douleurs [étaient] permanentes et majorées aux mouvements. Elles [étaient] également insomniaques. Le score d'« auto constant » [était] à quatre et la douleur évaluée à 10 sur 10 à la mobilisation ». Étaient énoncées des constatations sur la base de l'examen clinique, notamment une mobilité active et passive extrêmement limitée.

Toujours d'après ledit chirurgien orthopédiste, « la radiographie effectuée ce jour [confirmait] une omarthrose avancée avec une déformation de la glène et de la tête humérale ainsi qu'une résorption de la grande tubérosité. On [observait] la présence en déplacement d'une vis au niveau de la grande tubérosité ainsi que d'un reste de broche fileté ou de vis dans l'acromion. [À la ligne] L'état général de cette épaule [était] donc très mauvais avec une détérioration sur base du rapport du 3 juillet 2023 réalisé par le Dr I\_\_\_\_\_. [À la ligne] Vu l'apparence radiologique de l'épaule, on ne [pouvait] s'attendre à aucune évolution favorable spontanée. Par ailleurs, vu l'épilepsie non contrôlée, il [n'était] pas envisageable de prévoir un geste chirurgical ; [le Dr G\_\_\_\_\_ proposait] tout de même une tentative d'infiltration glénohumérale dans l'espoir de soulager partiellement les douleurs [du patient] ».

À teneur d'un rapport du 30 janvier 2025 de la Dre L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, l'état général de l'épaule gauche de l'assuré était catastrophique en raison des nombreux traumatismes subis avec la mise en évidence d'une arthrose sévère et une mobilité de l'épaule très limitée. La fonctionnalité de cette dernière était estimée à moins de 5%, ce qui rendait impossible une éventuelle reprise professionnelle dans un métier physique. De plus, les douleurs provoquées par cette épaule avaient un impact global sur les capacités physique et intellectuelle du patient (insomnies, troubles de la concentration, etc.).

Selon le recourant, l'appréciation du médecin-conseil G\_\_\_\_\_ ne pouvait pas être suivie, étant contredite par les rapports des médecins l'ayant traité, y compris les deux rapports précités produits en annexe du recours, et n'expliquant pas comment, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées, il pourrait encore disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Ladite capacité devait plutôt être considérée comme nulle dans toute activité. Par ailleurs, subsidiairement, afin de refléter ses importantes limitations fonctionnelles, un abattement de 25% devait être admis. Enfin, des griefs étaient énoncés concernant le taux de l'IPAI.

**b.** Par réponse du 28 février 2025, l'intimée, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité, sa décision sur opposition du 17 décembre 2024 devant être confirmée.

D'après l'intimée, les avis du Dr G\_\_\_\_\_ avaient une pleine valeur probante, et une expertise médicale ne pourrait rien apporter de nouveau.

**c.** Par réplique du 31 mars 2025, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours, envisageant également une audition éventuelle du Dr I\_\_\_\_\_.

**d.** Par écriture du 30 mai 2025, l'intimée a persisté dans sa conclusion en rejet du recours.

Était produite une « appréciation médicale » du 13 mai 2025 du médecin-conseil G\_\_\_\_\_. Selon ce dernier, qui avait reçu le rapport du 22 janvier 2025 du

Dr G\_\_\_\_\_ et la radiographie du 20 janvier 2025, l'intéressé souffrait bien d'une omarthrose gauche avancée avec une déformation de la glène et de la tête humérale ainsi qu'une résorption partielle de la grande tubérosité. Le Dr G\_\_\_\_\_ partageait entièrement les données évaluées par le Dr G\_\_\_\_\_, et n'avait aucun commentaire à faire par rapport à la totalité de son appréciation, qui était assez juste. Les observations du Dr G\_\_\_\_\_ ne remettaient pas en question la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, et « les limitations fonctionnelles proposées par l'exigibilité au mois de décembre 2023 [étaient] toujours d'actualité ». Il n'y avait pas de modification du degré de l'IPAI.

e. Par observations du 24 juin 2025 – transmises le 26 juin 2025 pour information à la caisse –, le recourant a conclu à ce que la chambre de céans, afin de respecter le double degré de juridiction, renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, comprenant une expertise confiée à un médecin indépendant, puis nouvelle décision.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

**1.2** 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.

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

**2.** Sont litigieux le taux de la rente d'invalidité et celui de l'IPAI, ce en raison des atteintes à l'épaule gauche à la suite de l'accident du 22 octobre 2020, la stabilisation de l'état de santé au 1<sup>er</sup> décembre 2023 n'étant quant à elle pas contestée.

### **3.**

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

Est réputé accident 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).

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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

**3.2** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). 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 (art. 16 al. 2 LAA).

**3.3** Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA – dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 mais antérieure au 31 décembre 2023, seule applicable ici (*cf. a contrario*, les dispositions transitoires de l'art. 118 al. 2 let. c 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 (« avant l'âge de référence » selon la version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, qui renvoie à l'âge de 65 ans révolus fixé par l'art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS - RS 831.10]).

À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 – selon la version légale en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021 – entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). Aux termes de l'art. 6 LPGA, 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 de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (*cf.* RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (*cf.* art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

**3.4** Conformément à l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI ; al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amianté (al. 2).

S'agissant du montant, l'art. 25 LAA précise que l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

En vertu de l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), 1 une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2).

L'IPAI vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle 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. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

**3.5** 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

**3.5.1** 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 LPG), 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

**3.5.2** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin

traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 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 ; 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).

**3.6** 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

#### 4.

**4.1** En l'espèce, il est rappelé que l'intimée, dans la décision sur opposition querellée, a reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité de 17% à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2023, et elle lui a alloué une IPAI de 10%, étant précisé que cette IPAI s'ajoute à celle de 10% aussi déjà octroyée dans le cadre du dossier de sinistre (n° 1 \_\_\_\_\_) ayant – apparemment – fait suite à l'accident qui était survenu en 2012 et avait consisté en des fractures de l'omoplate et de l'acromion.

Elle a justifié sa position en s'appuyant sur les appréciations de son médecin-conseil G \_\_\_\_\_.

**4.2** Les rapports médicaux figurant au dossier présentent tous une certaine valeur probante, sans que celle-ci soit toutefois complète pour l'un ou l'autre des rapports.

Il n'y a pas de divergences substantielles entre les spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur qui ont examiné l'assuré (Drs G \_\_\_\_\_, G \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_) concernant les constatations relatives aux mesures à la mobilisation de l'épaule gauche et même à la douleur lors de mobilisations de celle-ci ainsi que concernant les limitations fonctionnelles afférentes à cette épaule.

Notamment, le médecin-conseil G\_\_\_\_\_ partage entièrement les données évaluées par le Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 janvier 2025, à teneur duquel, entre autres, le recourant « est actuellement extrêmement gêné par son épaule gauche en raison de douleurs intenses, la mobilité est très limitée », et l'intéressé « évalue la fonction de celle-ci à environ 10% de la normale », « les douleurs [étant] permanentes et majorées aux mouvements ».

En outre, les Drs G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ne se sont pas expressément prononcés sur les limitations fonctionnelles, au contraire du Dr G\_\_\_\_\_ et – dans une moindre mesure – de la CRR.

Ainsi, celles qui sont en lien avec l'accident du 22 octobre 2020 consistent en substance en l'évitement du port de charges de plus de 3 kg pour le membre supérieur gauche ainsi que des managements d'outils lourds et de tous les travaux de force au-dessus de la tête et répétitifs (*cf.* notamment décision sur opposition attaquée et « appréciations médicales » du Dr G\_\_\_\_\_ des 5 juin et 27 novembre 2023), et l'activité devrait être de type sédentaire et devrait permettre les modifications des positions assise et debout (*cf.* « appréciations médicales » du Dr G\_\_\_\_\_ précitées).

**4.3** Par ailleurs, au plan médical, ni les Drs G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ni même le Dr G\_\_\_\_\_ ne se prononcent de manière claire et motivée sur la capacité de travail ou le rendement de l'intéressé, cette question étant essentiellement tranchée par la SUVA dans ses décisions.

En particulier, le Dr G\_\_\_\_\_, s'il mentionne certes dans son rapport du 22 janvier 2025 des effets néfastes pour l'assuré de ses atteintes à l'épaule gauche, notamment une gêne extrême due à des douleurs intenses, de même qu'une mobilité très limitée de ce membre, ne se prononce jamais dans ses rapports sur la capacité de travail. Il ne le fait pas que dans ses certificats d'arrêt de travail (capacité de travail nulle pour cause d'accident), qui couvrent à tout le moins la période du 1<sup>er</sup> septembre 2021 au 3 décembre 2023, le dernier certificat étant celui du 25 octobre 2023 et l'absence de certificats pour la suite pouvant s'expliquer par la cessation du versement des indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2023.

Quant au médecin-conseil G\_\_\_\_\_, il ne se prononce jamais expressément au sujet de la capacité de travail ou du rendement, mais ne parle que de limitations fonctionnelles et d'exigibilité. On peut toutefois déduire de ses avis une absence d'incapacité de travail ou de baisse de rendement, mais, en tout état de cause, ceci n'est pas suffisamment motivé.

En revanche, dans son rapport du 30 janvier 2025, la médecin généraliste L\_\_\_\_\_ écrit que, la fonctionnalité de l'épaule gauche étant estimée à moins de 5%, une éventuelle reprise professionnelle dans un métier physique est impossible. De plus, selon elle, les douleurs provoquées par cette épaule ont un

impact global sur les capacités physique et intellectuelle du patient (insomnies, troubles de la concentration, etc.).

De surcroît, l'appréciation du SMR émise dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2024, sur lequel se fonde la décision de l'OAI du 7 mai 2024 octroyant une rente entière d'invalidité à l'intéressé, pourrait être comprise comme considérant les suites du traumatisme du 22 octobre 2020 ainsi que celles de l'accident du 8 décembre 2012 (ayant apparemment donné lieu au dossier de sinistre n° 1\_\_\_\_\_) comme causes d'une partie de l'incapacité totale de travail.

Dans ces circonstances, on ne peut pas exclure que la mobilité et la force très limitées de l'épaule gauche entraveraient en tout ou en partie l'exercice par le recourant d'un grand nombre d'activités professionnelles, même sédentaires, voire – dans une certaine mesure – de l'ensemble des activités possibles, notamment par une éventuelle surutilisation du membre supérieur droit, ni que les douleurs intenses à l'épaule gauche réduisent la concentration et l'endurance de l'assuré dans l'accomplissement de l'ensemble des tâches.

**4.4** Conformément à la jurisprudence citée plus haut, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici.

En l'occurrence, concernant la question de la capacité de travail et/ou du rendement, l'instruction médicale de la cause s'avère très insuffisante.

Partant, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire approfondie de la situation médicale du recourant ainsi que de son évolution et de ses effets, en matière notamment de capacité de travail, rendement et limitations fonctionnelles, puis nouvelle décision.

Cette instruction complémentaire prendra en compte l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue et comprendra à tout le moins une expertise (art. 44 LPG) au plan orthopédique.

Le ou les experts auront accès au précédent dossier de sinistre de la caisse (n° 1\_\_\_\_\_), de même qu'à l'entier du dossier AI, dont la SUVA devra demander l'apport à l'OAI.

Les questions auxquelles le ou les experts devront répondre porteront notamment sur les diagnostics du point de vue orthopédique, leur évolution, la capacité de travail, le rendement et les limitations fonctionnelles, et ce en examinant leur lien de causalité avec l'accident du 22 octobre 2020, voire aussi avec celui de 2012 ayant donné lieu au dossier de sinistre n° 1\_\_\_\_\_ précité, étant précisé que l'intimée devra déterminer quel éventuel effet ce précédent accident pourrait encore avoir.

**4.5** Pour ce qui est de la fixation du taux de l'IPAI, le médecin-conseil G\_\_\_\_\_, dans son estimation du 27 novembre 2023, conclut à une atteinte à l'intégrité de 10% pour le présent cas qui fait suite à l'accident du 22 octobre 2020, en plus de

l'atteinte à l'intégrité de de 10% qui a déjà été évaluée dans le dossier n° 1 \_\_\_\_\_, également pour l'épaule gauche, évaluation à laquelle il convient selon lui de se référer. Ceci donne une IPAI de 20% au total.

Ledit médecin-conseil fait état d'une mobilité de l'épaule gauche assez limitée avec une élévation active à 45° en actif et 90° en passif et avec une diminution globale des rotations interne et externe et avec une force globalement faible ainsi qu'un score de Constant de 9%, tandis que le Dr G \_\_\_\_\_, dans son rapport du 22 janvier 2025, évalue le « score d'auto constant » à 4 et indique une mobilité active et passive extrêmement limitée avec en actif une élévation de 30° « et rotation externe 0° rotation interne à la fesse et en passif 45° d'élévation antérieure et 15° de rotation externe ».

Dans son estimation du 27 novembre 2023 précitée, le Dr G \_\_\_\_\_ retient « une arthrose grave, contexte d'arthrose gléno-humérale gauche », ce à quoi s'ajoute « le contexte d'instabilité ». C'est apparemment en raison de cette arthrose qu'il applique le tableau n° 5 de la SUVA « Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses ».

Il est vrai qu'on peut s'interroger pour quels motifs le médecin-conseil n'a pas retenu un taux d'atteinte à l'intégrité supérieur à 10% pour les suites de l'accident du 22 octobre 2020, le tableau n° 5 précité permettant d'atteindre 10 à 25% en cas d'arthrose grave « de l'épaule (gléno-humérale) ». À cet égard, à teneur dudit tableau, « si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, on retiendra le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé ».

De surcroît, à l'instar du recourant, on ignore pourquoi le tableau n° 1 de la SUVA « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs », qui énonce plusieurs taux entre 10 et 30% concernant l'épaule, n'a pas été pris en considération par le Dr G \_\_\_\_\_.

Cela étant, s'agissant également de l'IPAI, la cause doit être considérée comme très insuffisamment instruite par l'intimée, un renvoi à celle-ci s'imposant également concernant cette question.

**4.6** Ce qui précède rend, dans le cadre de la présente procédure de recours, inutile une éventuelle audition par la chambre de céans des parties ainsi que des Drs G \_\_\_\_\_, I \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, de même que l'ajout de considérants au sujet du taux d'abattement du salaire – statistique – avec invalidité.

5. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis (vu les conclusions principales du recours en octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI d'au minimum 50% toutes deux), la décision sur opposition querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
6. Le recourant obtenant en majeure partie gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61

let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition rendue le 17 décembre 2024 par l'intimée.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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