

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1964, a travaillé en tant qu'employé de cuisine dès le 1^{er} juin 2000 auprès des B_____ (ci-après : les B_____). À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Bâloise SA (ci-après l'assurance ou l'intimée).
2. Le 3 septembre 2010, l'assuré a subi un accident. Selon la déclaration de l'employeur du 8 septembre 2010, l'échelle du four lui était tombée sur l'épaule droite.
3. La doctoresse C_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une radiographie de l'épaule de l'assuré le 7 septembre 2010. Elle a indiqué que l'ensemble de la structure osseuse était d'aspect normal hormis une très discrète sclérose du tuberculum majeur, sans déformation mais pouvant être le témoin d'un conflit acromio-huméral. Il n'y avait pas d'argument pour une fracture. Les rapports articulaires étaient conservés et on ne détectait pas d'anomalie des parties molles.

Cet examen a été complété par un ultrason, qui a révélé des éléments en faveur d'une tendinite post-traumatique marquée du tendon du long chef du biceps et du tendon du muscle sus-épineux droit. Il n'y avait pas de signe de rupture tendineuse.

4. Le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré le 29 octobre 2010. À l'arthrographie, la capacité articulaire était normale sans image de déchirure partielle ou complète de la coiffe des rotateurs. L'arthro-IRM ne révélait ni déchirure de la coiffe des rotateurs ni amyotrophies. Le tendon du long chef du biceps était en place dans sa gouttière sans lésion appréciable. Il n'y avait pas de lésion manifeste des bourrelets glénoïdiens. Le radiologue a fait état d'un conflit sous-acromial avec éperon sous-acromial entraînant une réaction inflammatoire de la bourse sous-acromio-deltaïdienne. Il n'y avait pas de séquelle traumatique osseuse appréciable.
5. Dans un rapport du 4 novembre 2010, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne, constatait une limitation de la mobilité de l'épaule en abduction et antéflexion et de la force musculaire. Le diagnostic était celui de tendinite post-traumatique marquée du tendon du long chef du biceps. Elle attestait d'une incapacité de travail de 100 % dès le 7 septembre 2010.
6. Le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin-conseil de l'assurance, a indiqué le 24 novembre 2010 que le statu quo était fixé à fin 2010 pour la contusion de l'épaule droite, soit au maximum trois mois plus tard.
7. L'assurance a versé des indemnités journalières de CHF 175.- à 100 % du 7 septembre au 28 novembre 2010.
8. Par décision du 13 avril 2011, l'assurance a refusé le versement de prestations dès le 1^{er} janvier 2011. Se référant à l'examen de son médecin-conseil, elle a nié dès

cette date la persistance d'un lien de causalité entre les troubles actuels de l'assuré et l'événement du 3 septembre 2010.

9. L'assuré s'est opposé à dite décision le 4 mai 2011, sollicitant la poursuite des prestations. Il n'avait jamais eu de douleur ou de problème à l'épaule droite avant le 3 septembre 2010. Lors de son accident, une échelle pesant au moins 50 kg était tombée sur son épaule et la douleur persistait malgré les traitements.
10. Dans son avis du 24 mai 2011, le Dr F_____ a signalé qu'une contusion de l'épaule guérissait généralement en quelques semaines. L'évolution de la tendinite et du conflit sous-acromial n'était plus en lien de causalité avec l'événement. Les douleurs et limitations persistantes n'étaient pas imputables à l'accident banal. L'arthro-IRM du 29 octobre 2010 ne mettait pas en évidence de lésion du tendon du biceps, ce qui signifiait qu'il avait pu guérir dans l'intervalle. Le conflit sous-acromial était largement préexistant à l'accident, comme le révélait la sclérose du tuberculum visible sur les radiographies du 7 septembre 2010.
11. Par décision sur opposition du 7 juin 2011, l'assurance a repris les conclusions de l'avis du Dr F_____, considérant qu'elles étaient claires et que l'assuré n'était pas parvenu à les remettre en cause.
12. L'assuré a interjeté recours contre cette décision le 27 juin 2011 en concluant à la reconnaissance d'un lien de causalité entre ses maux et l'accident du 3 septembre 2010. Il a joint un rapport du 11 mai 2011 du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin au service de chirurgie orthopédique des B_____.

Selon ce praticien, l'assuré avait bien répondu à la mobilisation douce et avait quasiment regagné ses amplitudes articulaires. Ceci n'avait cependant pas grandement soulagé ses douleurs. En conséquence, le Dr G_____ envisageait une arthroscopie et une ténodèse du long chef du biceps au vu de la lésion de type slap II retrouvée.

13. Le 12 août 2011, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule droite post-traumatique dans le cadre d'une lésion de type slap II et d'une bursite sous-acromiale, pratiquée par le Dr G_____. L'exploration de la cavité gléno-humérale avait révélé une attache lésée de l'insertion du labrum supérieur avec crochet palpateur qui passait à travers l'insertion. Il n'y avait pas d'autre lésion notable. L'espace sous-acromial était le siège d'une importante bursite.
14. Le 25 octobre 2011, le Dr G_____ a attesté que lors d'un examen effectué le 31 janvier 2011, il avait constaté des douleurs à la palpation et des amplitudes suboptimales. Il avait initialement retenu comme diagnostic un problème d'épaule gelée au vu de l'anamnèse. Les amplitudes articulaires avaient été recouvrées sous mobilisation douce mais la persistance des douleurs avait amené le médecin à pratiquer une intervention. La description de la lésion de type slap II retrouvée à l'IRM avait été confirmée par l'examen peropératoire. D'autres lésions notables, telles que des signes indirects d'un conflit sous-acromial, n'avaient pas été

retrouvées. Par conséquent, l'assuré présentait des douleurs dans le cadre d'une lésion de type slap II. Le mécanisme décrit par l'assuré était apte à engendrer une traction suffisante sur le membre inférieur pour désinsérer l'origine du long chef du biceps. Il ne faisait donc pas de doute que l'origine traumatique ait pu engendrer une lésion de l'origine du long chef du biceps avec épaule gelée secondaire.

15. Par écriture du 14 décembre 2011, l'assurance a conclu à l'admission du recours et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire.
16. Par arrêt du 16 janvier 2012 (ATAS/14/2012), la Chambre de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'assurance pour instruction complémentaire et nouvelle décision, relevant qu'au vu du rapport du Dr G_____, la décision querellée était erronée et la causalité entre l'accident du 3 septembre 2010 et l'état de santé actuel de l'assuré devait être admise. Il y avait néanmoins lieu de compléter les données médicales afin qu'une nouvelle décision puisse être rendue.
17. Les 23 et 31 mai 2012, le Dr G_____ a fait état d'une évolution très particulière. Les amplitudes articulaires passives étaient presque complètes, la coiffe des rotateurs était « compétente » mais l'assuré n'utilisait pas son membre supérieur avec une élévation antérieure active aux alentours de 100°.

Il posait le diagnostic d'antécédents d'arthroscopie de l'épaule droite. L'évolution était marquée par une épaule pseudo-paralytique. Invité à dire si des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas, le médecin a indiqué qu'il ne comprenait pas la pathologie de l'assuré. Aussi proposait-il une nouvelle arthro-IRM, ajoutant que la capacité de travail était nulle et qu'un dommage permanent, sous forme de douleurs persistantes, était à craindre.

18. L'assurance a confié l'expertise de l'assuré au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Dans son rapport du 13 juillet 2012, l'expert a indiqué que s'agissant du déroulement de l'accident, celui-ci n'avait pas causé de choc entraînant un mouvement brusque de traction, dans l'axe, ou d'élévation ou de rotation externe forcée. Il ne s'agissait pas d'un mécanisme lésionnel susceptible d'entraîner une lésion de type slap, survenant lors de mouvements violents ou de freinage actif sollicitant violemment le biceps. L'assuré avait continué son activité professionnelle le jour même puis durant le week-end. Ce n'était qu'en début de semaine qu'il avait arrêté le travail en raison des douleurs marquées et d'une difficulté à lever le bras. Le Dr H_____ a souligné que l'IRM et en particulier l'arthro-IRM était actuellement le gold standard pour la mise en évidence des lésions de l'épaule. Or, l'arthro-IRM pratiquée deux mois après l'événement ne mettait en évidence aucune lésion, si ce n'est un discret œdème dans la bourse sous-acromiale, lésion classique associée au conflit sous-acromial. Selon le rapport radiologique, il n'y avait aucun signe pour une lésion des bourrelets, du long chef du biceps, ou des tendons de la coiffe des rotateurs.

Le Dr H_____ a posé les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule droite et de discret conflit sous-acromial droit. Sur le plan de la causalité naturelle, ces lésions présentaient un lien possible avec l'événement du 3 septembre 2010. L'assuré présentait également une ankylose de l'épaule droite après ténodèse du biceps droit ainsi qu'une contusion simple de l'épaule le 3 septembre 2010 avec *statu quo sine* quatre mois plus tard. L'épaule gelée, soit la capsulite rétractile, avait peut-être partiellement été déclenchée par le coup, mais le choc mineur n'avait été qu'un facteur déclenchant comme l'aurait été classiquement un infarctus, une infection bronchique chronique, etc. S'agissant de l'existence de facteurs étrangers à l'accident, l'expert a considéré que le geste chirurgical avait majoré la raideur préexistante, expliquant l'ankylose actuelle, probablement définitive. La question sur le lien de causalité entre l'algoneurodystrophie et l'accident du 3 septembre 2010 n'avait selon lui « pas de sens au vu des réponses aux questions précédentes ». La capacité de travail en tant qu'aide de cuisine était totale « fin janvier 2012 » (sic), compte tenu du *statu quo sine* fixé à quatre mois du traumatisme du 3 septembre 2010. Aucune limitation fonctionnelle n'était imputable à l'accident.

19. Par décision du 15 août 2012, l'assurance a repris les conclusions du Dr H_____. Elle a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'événement du 3 septembre 2010 à compter du 1^{er} janvier 2011 et, partant, son obligation de poursuivre le versement de ses prestations dès cette date.
20. L'assuré s'est opposé à cette décision. Il a relevé qu'elle était identique à la décision qui avait fait l'objet de l'arrêt de la chambre de céans du 16 janvier 2012, pourtant annulée en raison de son caractère erroné. Dès lors que le lien de causalité était d'ores et déjà admis, les conclusions du Dr H_____ relevaient d'une nouvelle appréciation sur une question déjà tranchée.
21. L'assurance a écarté l'opposition par décision du 26 septembre 2012 en reprenant les conclusions de l'expertise du Dr H_____.
22. Par acte du 24 octobre 2012, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations pleines y compris dès le 1^{er} janvier 2011.

Le Dr H_____ procédait à une appréciation différente de la question du lien de causalité, laquelle avait été tranchée et avait force de chose jugée. Si l'intimée n'était pas d'accord avec cette analyse, il lui appartenait d'interjeter recours contre l'arrêt du 16 janvier 2012. Même s'il fallait considérer que l'existence d'un lien de causalité n'avait pas été tranchée, l'expertise du Dr H_____ n'était quoi qu'il en soit pas probante. En effet, ce dernier évoquait un choc mineur alors qu'il était démontré qu'une échelle de plus de 50 kg s'était violemment abattue sur l'épaule du recourant. La lecture du rapport de l'expert ne permettait par ailleurs pas de déterminer pour quel motif il datait la fin de l'incapacité de travail à janvier 2012 alors que son examen clinique démontrait notamment une diminution de la force du

bras droit. Le recourant a indiqué qu'il était encore en incapacité de travail totale et qu'il avait déposé une demande auprès de l'Office d'assurance-invalidité.

23. Dans sa réponse du 17 décembre 2012, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. Elle a relevé que seul le dispositif d'une décision acquérait force de chose jugée. En l'espèce, le dispositif de l'arrêt du 16 janvier 2012 annulait la décision et renvoyait la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Partant, aucun lien de causalité entre les atteintes du recourant et l'accident du 3 septembre 2010 n'avait été établi avec force de chose jugée. L'intimée s'était conformée au dispositif de l'arrêt en faisant établir une expertise. Après avoir exposé les principes régissant le lien de causalité naturelle, elle a souligné que le Dr H_____ avait fixé le *statu quo sine* au plus tard à la fin de l'année 2010.
24. Par réplique du 18 janvier 2013 et duplique du 6 février 2013, le recourant et l'intimé ont persisté dans leurs conclusions respectives.
25. Le 17 avril 2013, la chambre de céans a invité le Dr G_____ à se déterminer sur l'analyse du Dr H_____.
26. Le Dr G_____ s'est prononcé par courrier du 29 avril 2013. Il a précisé qu'il était l'auteur de nombreuses publications sur les lésions de type slap, dont il a fourni les références. Il s'estimait dès lors expert dans ce domaine. Une lésion de type slap II correspondait à une désinsertion du labrum au sommet de la glène. L'image citée par l'expert ne permettait pas de déterminer s'il s'agissait d'une lésion de type slap I ou II. Il existait une autre image dans la série qui démontrait clairement une désinsertion, comme cela était rapporté dans le compte-rendu opératoire. Il s'agissait donc bel et bien d'une lésion de type slap II. L'arthro-IRM, bien que qualifiée de gold standard, restait au demeurant très peu sensible pour la mise en évidence de telles lésions. Le Dr G_____ s'est pour le surplus dit surpris par les conclusions de l'expert sur la description du mécanisme lésionnel. En effet, la chute d'une échelle ou d'un chariot était conséquente et n'était pas un choc mineur. Ce genre de traumatisme engendrait des vitesses importantes pouvant conduire à des lésions de type slap II.
27. À la demande de la chambre de céans, le Dr H_____ s'est prononcé le 3 juillet 2013 sur l'avis du Dr G_____. Il a déclaré que ce dernier ne modifiait pas ses propres conclusions. En effet, il ne s'agissait pas d'une chute d'une échelle ou d'un chariot mais d'une simple contusion par un chariot. Les vraies désinsertions de type slap II se faisaient dans les mouvements de chute du corps se retenant avec le bras dans un mouvement violent avec un arrêt brusque. Elles étaient extrêmement douloureuses et entraînaient une impotence immédiate. Il ne s'agissait pas d'un tel mécanisme dans le cas du recourant. Le Dr H_____ a ajouté qu'il pratiquait la chirurgie de l'épaule depuis plus de trente ans et qu'il était expert certifié.
28. Par décision incidente du 30 septembre 2013, la chambre de céans a constaté que le lien de causalité n'avait pas été tranché et faisait partie du litige. Elle a exposé que seul le dispositif d'un jugement revêtait l'autorité de chose jugée.

29. Par courrier du 19 novembre 2013, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

30. Le Dr I_____ a rendu son expertise le 27 avril 2014.

S'agissant du déroulement de l'accident, il a indiqué que le 3 septembre 2010, le recourant était occupé à nettoyer ce que l'on appelle une échelle de four, soit un chariot à roulettes métallique destiné à recevoir les plats sortant du four. Pour le nettoyage de ce chariot, il était nécessaire de le faire basculer, tout en bloquant les roulettes avec le pied. Une main tenait un tuyau qui devait servir au nettoyage, l'autre servait à imprimer un mouvement de basculement en deux temps, tout d'abord pour initier le mouvement, ensuite pour le contrôler. Ce mouvement de contrôle n'avait pu être réalisé correctement, raison pour laquelle la partie haute de ce chariot était venue frapper la partie antéro-supérieure de l'épaule droite du recourant. Le Dr I_____ s'était intéressé en détail au mécanisme de l'accident. Le recourant avait affirmé à deux reprises qu'il n'y avait pas eu de mouvement de traction violent sur le bras droit, mais que le mécanisme lésionnel provenait bien d'un choc direct du rebord métallique du chariot contre la partie supérieure de l'épaule. Il désignait l'endroit du choc comme étant situé sur la moitié latérale de la clavicule et sur la musculature du trapèze. Malgré cet accident, le recourant avait pu continuer son travail ce jour-là (un vendredi). Il s'était soigné lui-même par l'application d'une pommade et avait pu reprendre son travail le lundi suivant avant de l'arrêter le lendemain vers midi en raison de douleurs importantes limitant la mobilisation du bras.

Pour une activité adaptée, une reprise du travail à 50 % avait été établie au 31 octobre 2013, et à 100 % le 15 novembre 2013. Le recourant était actuellement employé dans une activité similaire à celle qu'il exerçait auparavant, soit au nettoyage de la cuisine, ainsi qu'en tant que chauffeur d'une voiture électrique destinée aux déplacements sur le site de l'hôpital.

L'expert a examiné tous les rapports médicaux et les documents radiologiques, et procédé à un examen clinique, complété par un examen neurologique (qui excluait une atteinte neurologique du membre supérieur droit). Le dossier médical était caractérisé par une grande variabilité dans les différents diagnostics retenus par les médecins ayant soigné l'expertisé. Il y avait cependant certains éléments objectifs. Ainsi, l'échographie du 7 septembre 2010 montrait de façon pratiquement certaine une présence accrue de liquide autour du tendon long chef du biceps, signe d'une tendinite à cet endroit. La radiographie confirmait l'absence de lésion osseuse et l'arthro-IRM du 29 octobre 2010 l'absence de rupture de la coiffe des rotateurs. L'origine du tendon du long chef du biceps, sur le labrum supérieur, montrait un signal altéré sur cet examen. Au vu des images IRM, il était impossible de déterminer s'il s'agissait d'une lésion récente ou ancienne.

Le jour de l'examen, l'expert notait que l'élévation active spontanée était limitée à 50 ° à droite, contre 180 ° à gauche. L'élévation passive était limitée à droite à 130 °. La rotation externe active et passive était limitée à 30 ° à droite, contre 70 ° à gauche. La force de rotation externe était diminuée d'environ un tiers à droite. La force d'abduction était diminuée d'environ moitié à droite. La force de flexion-abduction ne montrait qu'une force minimale à droite, alors que l'examen était normal à gauche.

En définitive, le diagnostic le plus probable était celui d'une épaule gelée post-traumatique, déclenchée par le traumatisme du 3 septembre 2010, associé à cette époque à une tendinite du long chef du biceps. Après l'opération, les amplitudes articulaires s'étaient nettement dégradées avant de s'améliorer à nouveau. Cette évolution correspondait donc à une réactivation d'une épaule gelée, probablement en relation avec l'intervention chirurgicale. À l'heure actuelle, il persistait au plan clinique une limitation fonctionnelle par manque de mobilité en élévation active de l'épaule, un manque de force diffus sur le membre supérieur droit ainsi qu'une diminution plus modeste de la mobilisation passive de l'épaule. En l'absence de lésion organique de la coiffe des rotateurs et de lésion neurologique, le diagnostic à retenir était celui d'une perte de schéma corporel consécutive à une utilisation réduite du bras droit après le traumatisme. L'évolution récente était cependant réjouissante avec une récupération graduelle de la fonction, pour l'instant sans retour à la normale. Le recourant présentait également une lésion de type slap (lésion du labrum supérieur), décrite sur l'arthro-IRM d'octobre 2010 et à l'arthroscopie, bien visible sur les images de cette intervention. Cette lésion avait été traitée de manière indirecte par ténotomie du long chef du biceps. Le labrum supérieur, lésé, avait probablement été laissé en place. Il était peu probable que la lésion de type slap ait été causée par l'accident du 3 septembre 2010. En effet, le mécanisme lésionnel ne correspondait pas du tout à une action vulnérante pouvant entraîner une traction sur le labrum supérieur. De plus, le traitement de cette lésion, même indirect, n'avait eu aucune influence sur l'évolution ultérieure de la pathologie.

Les diagnostics retenus étaient les suivants : épaule gelée post-traumatique à droite avec tendinite du long chef du biceps ; un status après arthroscopie de l'épaule droite, ténodèse et ténotomie du long chef du biceps pour lésion de type slap II ; une bursectomie ; ainsi qu'une limitation fonctionnelle en mobilité et en force de l'épaule droite sur perturbation du schéma corporel. Il était très peu probable que l'accident tel que décrit, soit un choc direct sur la partie supérieure de l'épaule sans mouvement de translation dans l'articulation entre l'omoplate et l'humérus, puisse provoquer une lésion du labrum quelle qu'elle soit, donc également une lésion de type slap II. En effet, une telle lésion résultait dans les cas traumatiques soit d'un mouvement de traction sur le long chef du biceps, ce qui impliquait donc un mouvement du bras, soit d'un mécanisme de conflit du labrum supérieur contre l'insertion du tendon du supra-épineux, ce qui impliquait alors un mouvement

d'élévation complète en fin de course. Aucun de ces mouvements n'avait eu lieu en l'espèce. L'épaule gelée post-traumatique, la tendinopathie du biceps et la perturbation du schéma corporel étaient en lien de causalité vraisemblablement prépondérante avec l'accident. Ni le *statu quo ante* ni le *statu quo sine* n'avaient été encore atteints. Pour les lésions traumatiques, le pronostic à moyen terme était favorable. En effet, le recourant récupérait graduellement de la mobilité active et de la force à l'épaule droite. En l'absence de lésion organique démontrable sur la coiffe des rotateurs, il était probable que l'utilisation, lors des activités de la vie quotidienne comme lors du travail, conduise à une récupération graduelle d'une force subtotale. En revanche, il persistait comme atteinte malade une altération du labrum supérieur. Cet état pouvait entraîner un conflit dit interne, c'est-à-dire un phénomène de contact entre le labrum altéré et l'insertion de la coiffe des rotateurs en élévation complète et en rotation externe. Cette position pouvait alors être limitée ou douloureuse. Ceci impliquerait donc une élévation de l'épaule limitée à environ 150 à 160° pour les gestes de la vie quotidienne, ce qui ne représentait qu'un handicap léger.

En ce qui concernait les rapports des Drs H_____ et G_____, le Dr I_____ se distanciat du premier en tant que celui-ci qualifiait la lésion de type slap I. Il le rejoignait en revanche sur le fait que le mécanisme n'avait pu entraîner une lésion du labrum, a fortiori une lésion de type slap, et sur le diagnostic d'épaule gelée, aussi connue sous le synonyme de capsulite rétractile. Le Dr I_____ a précisé que l'ankylose diagnostiquée par le Dr H_____ correspondait à l'épaule gelée. L'expert a ajouté qu'il ne partageait pas l'évaluation du Dr H_____ sur la survenance du *statu quo sine* quatre mois après la contusion, cette dernière ne pouvant être qualifiée de « simple ». En effet, début 2011, les amplitudes articulaires en élévation et en rotation externe n'étaient pas complètes. De plus, l'expertisé présentait alors des douleurs. Or, il était très peu vraisemblable que l'atteinte malade, soit la lésion de type slap II, ait pu entraîner à elle seule une diminution des amplitudes articulaires en l'espace de quatre mois. Le Dr I_____ ne pouvait confirmer ni infirmer le diagnostic de conflit sous-acromial droit. S'il rejoignait le Dr H_____ quant au diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite (également appelée épaule gelée), il se distanciat de son confrère, pour qui le tableau avait été « peut-être partiellement déclenché par le coup ». Pour le Dr I_____, l'épaule gelée avait bien été déclenchée par le traumatisme, soit le choc local. En revanche, la dégradation de cette capsulite rétractile, observée après l'opération, devait être mise sur le compte du traumatisme opératoire.

Pour le surplus, l'expert partageait l'avis du 29 avril 2013 du Dr G_____, selon lequel la lésion démontrée à l'arthroscopie était de type slap II. En revanche, il était d'avis que le Dr G_____ faisait erreur quant à sa conception du mécanisme de l'accident. Ce médecin mentionnait en effet que « la chute d'une échelle ou d'un chariot correspond à une chute conséquente ». Il s'agissait probablement dans son esprit d'une chute de la personne de la hauteur d'un chariot ou d'une échelle, et non

pas du basculement d'un chariot à roulettes avec choc contre l'épaule. Or, la vitesse du chariot lors du choc était très probablement assez faible, la distance de mouvement n'ayant pas permis une accélération importante. Aussi rejoignait-il le Dr H_____ sur le mécanisme lésionnel décrit par ce dernier et le caractère inapproprié de l'enchaînement des faits pour créer une lésion de type slap II. Étrangère à l'accident, cette dernière, découverte à l'IRM et confirmée à l'arthroscopie, constituait un facteur maladif influençant légèrement l'état de l'épaule, à l'heure actuelle et à l'avenir.

Le degré d'influence de ce facteur étranger à l'accident était pour l'heure minime. En revanche, en cas de récupération d'une mobilité active presque complète, cette influence pourrait augmenter à environ 20 % s'agissant alors de la limitation d'élévation en fin de course. Le Dr I_____ a ajouté qu'aucun élément ne suggérait une erreur de traitement. Les limitations fonctionnelles actuelles correspondaient à un manque de mobilité active de l'épaule droite et à un manque de force du membre supérieur droit. Il n'y avait plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée depuis le 15 novembre 2013. La physiothérapie pourrait améliorer les séquelles en lien de causalité avec l'accident. Pour l'instant, il subsistait une atteinte à l'intégrité corporelle, estimée à environ 25%. Les facteurs étrangers à l'accident n'intervenaient pas dans ce pourcentage pour l'heure. Le pronostic à moyen terme était cependant favorable, si bien que cette atteinte devrait diminuer progressivement. Le status définitif devrait pouvoir être atteint environ une année plus tard, et une éventuelle atteinte à l'intégrité résiduelle devrait alors faire l'objet d'une réévaluation.

31. Dans ses écritures du 27 mai 2014, l'intimée a relevé que selon le Dr I_____, l'intervention chirurgicale avait porté sur une lésion de type slap II, laquelle n'était pas en relation avec l'accident. Cette opération avait cependant entraîné une épaule gelée, qui constituait le principal diagnostic en lien avec l'accident. Il convenait ainsi de déterminer la question du *statu quo ante* ou *sine* des seules lésions résultant de l'accident, abstraction faite des maladies ayant justifié cette intervention. De plus, l'atteinte à l'intégrité estimée à 25 % ne correspondait pas aux taux d'indemnisation des troubles fonctionnels des membres supérieurs énumérés dans la table 1 de la SUVA. Il y avait lieu d'inviter l'expert à justifier ce taux de 25 % au regard de la table officielle de la SUVA.
32. Le recourant a déposé des observations le 27 mai 2014, relevant que l'expertise était claire et motivée et devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans la mesure où elle confirmait l'existence d'une incapacité de travail en lien de causalité avec l'accident, le recourant persistait dans ses conclusions. Il réservait ses droits quant au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
33. À la demande de la chambre de céans, le Dr I_____ a répondu le 11 juin 2014 aux questions soulevées par l'intimée. Il a rappelé que de manière générale, le *statu quo sine vel ante* n'avait pas encore été atteint. S'agissant de l'évolution hypothétique de la lésion en l'absence de traitement chirurgical, il a indiqué que la réponse à

cette question était complexe. Dans la grande majorité des cas, les manifestations d'une épaule gelée disparaissaient après un à deux ans. Pour le recourant, le *statu quo sine* aurait ainsi été atteint entre septembre 2011 et septembre 2012. Évoquant le degré de l'atteinte à l'intégrité corporelle, le Dr I_____ a mentionné que l'élévation au jour de l'expertise était limitée à 50°, la rotation externe à 30° et la force de flexion-abduction était minimale. La force de la main droite était diminuée de moitié environ. L'état correspondait en gros à ce que l'on observerait avec une paralysie du nerf axillaire, soit 25 %. Il a précisé que ce taux correspondait également à celui retenu en cas de périarthrite scapulo-humérale grave, mais que dans la mesure où l'état de l'épaule était susceptible d'amélioration à l'avenir, ce taux de 25% ne pouvait pas être considéré comme définitif.

34. À la demande du recourant, la chambre de céans a interpellé le 4 juillet 2014 le Dr I_____. Il était invité à indiquer si l'intervention du 12 août 2011 était partiellement ou complètement indiquée pour diagnostiquer ou traiter un ou plusieurs des troubles en relation de causalité avec l'accident du 3 septembre 2010. Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, il convenait de préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.
35. Par correspondance du 12 août 2014, le Dr I_____ a indiqué que l'intervention du 12 août 2011 avait été réalisée en raison de la persistance de troubles à l'épaule droite après l'accident du 3 septembre 2010. Cette opération avait permis de traiter d'une part une bursite sous-acromiale et une tendinite du long chef du biceps (éléments en relation avec l'accident) ainsi qu'une lésion slap degré II (élément maladif). Dans son courrier du 11 mai 2011, le Dr G_____ proposait l'intervention chirurgicale en raison de la présence d'une lésion slap degré II. Ainsi l'indication opératoire était de manière prépondérante en relation avec cette lésion slap, elle-même un élément maladif.
36. Par arrêt du 10 novembre 2014, la chambre de céans a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'intimée pour nouvelle instruction médicale et nouvelle décision, et pour qu'une nouvelle décision soit rendue dans l'immédiat à propos de la prise en charge des prestations en lien avec l'accident.
 - a. L'expertise du Dr I_____ traitait les points litigieux importants de manière fouillée, se fondait sur des examens complets, prenait en considération les plaintes exprimées et elle avait été établie en pleine connaissance du dossier. Comme pour le surplus, la description des interférences médicales était claire et les conclusions de l'expert bien motivées, cette expertise devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle comportait des indications précises sur le déroulement de l'accident du 3 septembre 2010 et ses conséquences, à savoir l'apparition d'une épaule gelée post-traumatique et d'une tendinopathie du biceps. Il était ajouté que l'arthroscopie pratiquée le 12 août 2011 par le Dr G_____ était partiellement en lien de causalité avec l'accident du 3 septembre 2010 et qu'une reprise du travail à 50 % avait été établie au 31 octobre 2013, et à 100 % le 15 novembre 2013.

Par ailleurs, le Dr I_____ expliquait de manière claire pour quels motifs il s'écartait des rapports du Dr G_____ et de l'expertise du Dr H_____. Dans la mesure où le premier avait fondé son appréciation sur une analyse incorrecte des circonstances de l'accident du 3 septembre 2010 et que le second s'était manifestement trompé sur la survenance du *statu quo sine* quatre mois après la contusion, cette dernière ne pouvait de surcroît être qualifiée de « simple », les rapports des Drs G_____ et H_____ ne pouvaient remettre en cause les conclusions du Dr I_____.

L'évolution subséquente de l'état de santé du recourant avait démontré la nécessité d'une intervention chirurgicale en date du 12 août 2011. Par ailleurs, il ressortait des explications circonstanciées du Dr I_____ que cette intervention était partiellement en lien de causalité avec l'accident du 3 septembre 2010.

Par conséquent, l'intimée ne pouvait fixer le *statu quo sine* quatre mois après l'accident et partant, mettre un terme à ses prestations au 1^{er} janvier 2011. Comme il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il n'y avait pas, en l'état, de retour à l'état antérieur à l'accident du 3 septembre 2010, il incombait à l'intimée de prendre en charge toutes prestations découlant en tout ou partie de cet événement dans la mesure fixée par l'art. 36 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), en particulier les prestations pour soins ainsi que les indemnités journalières. S'agissant de ces dernières, il convenait cependant de porter en déduction à due concurrence les périodes durant lesquelles le recourant avait présenté une capacité de travail totale ou partielle (art. 16 al. 1 LAA). Le recours était donc admis dans cette mesure.

b. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (ci-après : IPAI), l'intimée contestait le degré d'environ 25% retenu par le Dr I_____, soutenant que ce taux divergeait de l'annexe 3 à l'OLAA et des tables de la SUVA.

Le Dr I_____ relevait qu'au jour de l'expertise, l'élévation active de l'épaule était limitée à 50°, la rotation externe à 30° et la force de flexion-abduction minimale. Il ajoutait que la force de la main droite était diminuée de moitié. Il précisait que cet état était pire que celui correspondant à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale et comparable à d'autres atteintes pour lesquelles la table 1 de la SUVA retenait un taux de 25%, soit la paralysie du nerf axillaire et la périarthrite scapulo-humérale grave.

Dans la mesure où le taux fixé par le Dr I_____ était conforme aux principes figurant dans la loi et les tables de la SUVA et que l'intimée n'opposait aucun avis médical pour en contester le bien-fondé, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'expert pour autant que la situation n'évoluait pas. Or, le Dr I_____ précisait que l'état de l'épaule était susceptible d'amélioration à l'avenir et que le taux de 25% ne pouvait être considéré comme définitif. L'état de santé du recourant n'était donc pas stabilisé et la question du caractère durable de l'atteinte demeurait ouverte en l'état. Partant, il incombait à l'intimée de rendre une

décision quant à l'octroi d'une éventuelle IPAI une fois l'état de santé du recourant stabilisé.

37. À la suite de l'arrêt précité, l'assuré a été convoqué le 26 avril 2016 pour une nouvelle expertise médicale auprès du Dr I_____.
38. Dans son rapport du 4 mai 2016, le Dr I_____ a précisé avoir basé son expertise sur les données de l'expertise principale du 28 avril 2014 et de l'anamnèse, et sur l'examen clinique effectué à son cabinet le 26 avril 2016.

L'expertisé estimait que l'état de son épaule droite n'avait pas subi de modification depuis avril 2014, mais il avait remarqué une diminution de la force à la main droite. En raison des douleurs, il prenait occasionnellement du Dafalgan. Il avait récemment pu arrêter la prise de Tramal et d'Irfen. L'expertisé travaillait en tant que cuisinier et chauffeur, sans être au bénéfice d'une incapacité de travail. Il se plaignait de diminution de force à la main droite, et de diminution de mobilité à l'épaule, les mouvements étant douloureux.

Le Dr I_____ a constaté que la ceinture scapulaire était horizontale, le rachis vertical ; il n'y avait pas d'amyotrophie à l'inspection des deux bras. Le relief cutané était intact. L'élévation active spontanée de l'épaule droite était limitée à 70°, contre 180° à l'épaule gauche. L'élévation passive était limitée à droite à 150°. En fin de course, le mouvement était douloureux. L'élévation passive de 150° pouvait être maintenue activement, avec des douleurs. La rotation externe active et passive restait limitée à 30° à droite contre 70° à gauche. La force dans les mouvements de l'épaule était limitée à environ moitié. En rotation interne, la main droite arrivait à la sacro-iliaque. L'articulation acromio-claviculaire était indolore à la palpation. Le test de Body-cross était négatif. Par contre, le test de conflit interne était positif. La force de préhension était de 12 kg à droite contre 38 kg à gauche. La force de pince pouce-index était de 3,5 kg à droite contre 8,5 kg à gauche.

Il diagnostiquait une limitation fonctionnelle en mobilité et en force de l'épaule et de la main droites sur perturbation du schéma corporel ; des séquelles d'épaule gelée post-traumatique à droite ; un status après arthroscopie de l'épaule droite, ténotomie et ténodèse du long chef du biceps pour lésion slap II, bursectomie.

La perturbation du schéma corporel et les séquelles d'épaule gelée étaient en relation de causalité partielle avec l'accident du 3 septembre 2010. Comme cela avait été exposé dans l'expertise principale, il existait une relation de causalité avec l'accident. Cependant, l'évolution était moins favorable que ce que l'on pourrait attendre de manière habituelle. L'explication la plus plausible était que l'intervention chirurgicale, réalisée pour un état maladif, eût perturbé l'évolution naturelle de guérison après la lésion traumatique.

L'état de santé était également influencé par l'état maladif et l'intervention chirurgicale réalisée. Celle-ci était partiellement responsable des séquelles globales observées encore aujourd'hui. La détermination d'un pourcentage respectif était difficile dans cette situation. Une estimation appropriée lui paraissait être un 50 %

pour les séquelles de l'état maladif et de l'intervention et un 50 % pour les séquelles de l'accident.

Il précisait que l'accident n'avait pas décompensé un état antérieur. L'épaule droite était asymptomatique avant l'accident.

La situation étant stabilisée, aucun traitement médical n'était susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident.

S'agissant de l'IPAI, il avait, lors de l'expertise précédente, estimé le degré d'atteinte à l'intégrité de 25 %. Entre-temps, la mobilité de l'épaule s'était légèrement améliorée, mais la force de la main avait diminué. La diminution de la force de la main résultait d'une diminution de l'utilisation de celle-ci. La reprise de l'entraînement de la force de la main lui paraissait exigible. Il s'agissait d'exercices que l'expertisé pouvait effectuer lui-même, sans nécessiter de recours à une physiothérapie. Étant donné l'amélioration, même légère, de la mobilité de l'épaule, il estimait que le degré d'atteinte à l'intégrité était actuellement de 20 %, et ceci de manière définitive. Une moitié de l'état séquellaire, soit environ 50 %, devant être mise sur le compte du status après chirurgie de l'épaule, ce même pourcentage pouvait être appliqué pour l'atteinte à l'intégrité, soit 10 % pour la cause malade, et 10 % pour l'accident.

39. Dans un rapport du 15 juin 2016, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et médecin cheffe de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie et l'appareil moteur des B_____, a constaté qu'à ce jour, au niveau de l'épaule droite, les amplitudes passives étaient à 90° d'abduction, 90° de flexion, rotation externe 10° (70 à gauche), rotation interne pouce-fesse (pouce-D7 gauche). En actif, l'abduction et la flexion d'épaule droite étaient de 50°. Elle constatait un status extrêmement différent de celui noté dans l'expertise du Dr I_____. La discordance était assez étonnante et inexplicable pour elle, car il n'y avait aucun traumatisme ni rien rapporté de particulier de la part de l'assuré entre les deux visites médicales.

Elle n'était pas en possession d'un examen par ENMG réalisé à l'époque mais, en tout cas, il n'y avait à ce jour pas de trouble de la sensibilité, les réflexes étaient symétriques, la force était globalement légèrement diminuée à droite, ne suivant pas un territoire radiculaire ou un nerf périphérique. La raison la plus plausible de la diminution de la force selon elle était la non utilisation dans le contexte de son problème médical connu.

L'état était stabilisé. Le degré d'atteinte de 20 % était en accord avec le taux d'atteinte à l'intégrité des tableaux de la SUVA pour les atteintes du membre supérieur.

À la question de savoir si, sur ces 20 %, seuls 10 % devaient être retenus comme découlant directement de l'accident, la Dresse J_____ a indiqué ne pas pouvoir se prononcer. Le mécanisme de l'accident pouvait engendrer une lésion de type slap II nécessitant la chirurgie dont l'assuré avait bénéficié, et dans ce contexte, l'origine

serait uniquement liée à l'accident. L'évolution, par contre, était liée à une capsulite post-traumatique qui était donc une maladie secondaire à un problème d'accident. Le Dr I_____ disait également que la détermination d'un pourcentage respectif était difficile dans cette situation, et elle était d'accord avec lui.

40. Le 15 août 2016, l'assuré s'est prononcée sur le rapport du Dr I_____.

La question de la causalité avait d'ores et déjà été réglée par l'arrêt du 10 novembre 2014, qui avait depuis acquis force de chose jugée. Comme cela ressortait de cet arrêt, seule restait en suspens la question du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à l'intégrité ne pouvait dès lors plus être remis en question.

S'agissant du rapport d'expertise complémentaire, il résultait de celui-ci que l'assuré subissait encore, à l'heure actuelle, une atteinte durable à son intégrité physique. Toutefois, ces résultats ne correspondaient pas aux constatations faites par la Dresse J_____ en juin 2016, laquelle concluait à une rotation externe de 10° et constatait qu'en actif, l'abduction et la flexion de l'épaule droite étaient de 50°. La Dresse J_____ s'étonnait de cette différence, aucun traumatisme n'ayant eu lieu entre les deux visites médicales.

De telles différences ne pouvaient être tolérées pour des constatations objectives, et les résultats de la Dresse J_____ étant plus récents, ils devaient être privilégiés. Subsidiairement, un autre avis médical devrait être sollicité.

Selon le Dr I_____, la diminution de la force de la main résultait d'une diminution de l'utilisation de celle-ci, alors que selon la Dresse J_____, elle résulterait d'une non-utilisation de celle-ci dans le contexte de son problème médical connu. Cette explication paraissait être la plus convaincante. En effet, le Dr I_____ relatait lui-même déjà dans son rapport d'expertise du 28 avril 2014 que l'assuré se plaignait d'une diminution fonctionnelle, par manque de force et de mobilité de l'épaule.

Il convenait de rappeler que l'assuré exerçait une activité professionnelle de cuisinier / chauffeur et que dans ce cadre, il utilisait quotidiennement sa main. Le Dr I_____ n'expliquait pas en quoi l'on pourrait raisonnablement attendre de lui qu'il améliore encore la force de sa main.

Le Dr I_____ relevait également que la perturbation du schéma corporel et les séquelles d'épaule gauche gelée étaient en relation de causalité avec l'accident. La question de la causalité avait déjà été tranchée par l'arrêt de la chambre de céans du 10 novembre 2014, de sorte qu'il ne convenait pas d'y revenir.

Cela étant, à la question de savoir si l'état de santé était également influencé par des maladies, états maladifs antérieurs ou d'autres facteurs étrangers non-accidentels ou des suites d'accidents précédents, la réponse du Dr I_____ n'était pas claire : il soulignait en premier lieu que la détermination d'un pourcentage était difficile dans cette situation ; il estimait ensuite qu'il était approprié d'attribuer un 50 % pour les séquelles en relation avec l'état maladif et un 50 % pour les séquelles de l'accident.

Il n'indiquait toutefois pas sur quelles bases il se fondait pour justifier de tels pourcentages. Il n'expliquait en particulier pas à quelle maladie il attribuait le 50 %.

Le Dr I_____ ne pouvait dès lors être suivi sur ce point, ce rapport n'étant pas suffisamment motivé pour se voir reconnaître la valeur probante nécessaire.

De plus, le Dr I_____ n'expliquait pas précisément sur quelle information il se basait pour estimer qu'un degré d'atteinte à l'intégrité de 20 % était justifié. En particulier, il n'indiquait pas à quelle autre atteinte, au sens de l'annexe 3 à l'OLAA et des tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, il faisait référence pour retenir un tel taux.

Le rapport du Dr I_____ n'étant pas exempt d'imprécisions et d'ambiguïté, l'assurance ne pouvait se fonder sur celui-ci pour calculer l'IPAI.

41. Par courrier du 4 février 2019, l'assuré s'est enquis de l'avancée de son dossier auprès de l'assurance.
42. Le 8 février 2019, l'assurance a prié l'assuré de lui transmettre le rapport de la Dresse J_____ du 15 juin 2016.
43. Le 8 avril 2019, l'assuré a transmis ledit rapport à l'assurance, précisant qu'il avait déjà été annexé à son courrier du 15 juin 2016, et s'étonnant de ce qu'il avait fallu deux ans et demi à l'assurance pour se rendre compte que l'annexe n'était soi-disant pas jointe à cet envoi.
44. Par décision du 4 juillet 2019, l'assurance a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Tant le Dr I_____ que la Dresse J_____ considéraient que l'état de santé de l'assuré était stabilisé.

Dans son expertise complémentaire, le Dr I_____ avait indiqué que la mobilité de l'épaule de l'assuré s'était légèrement améliorée depuis l'expertise précédente – lors de laquelle il avait estimé le degré d'atteinte à l'intégrité de 25 % –, mais que la force de la main avait diminué. Cette diminution de force résultait d'une sous-utilisation de celle-ci et il convenait à l'assuré d'effectuer des exercices afin d'entraîner la force de sa main. Au vu de l'amélioration de la mobilité de l'épaule, le degré d'atteinte à l'intégrité était actuellement de 20 %, ce de manière définitive. Enfin, 50 % de l'état séquellaire devant être mise sur le compte du status après chirurgie de l'épaule, ce même pourcentage devait être appliqué pour le degré d'atteinte à l'intégrité, soit 10 % pour la cause malade et 10 % pour l'accident.

La Dresse J_____ rejoignait le Dr I_____ s'agissant de la répartition de l'atteinte entre la maladie et l'accident, indiquant que la détermination d'un pourcentage respectif était difficile dans cette situation, et qu'elle ne pouvait pas se prononcer. Quant à la discordance entre ses constatations et celles du Dr I_____ au sujet de la mobilité de l'épaule, elle ne se l'expliquait pas, mais rejoignait tout de même le Dr I_____ dans son évaluation de l'atteinte à l'intégrité.

Il convenait enfin de relever que lors de son expertise complémentaire, l'assuré avait déclaré au Dr I_____ que, mis à part une diminution de la force à la main droite, il n'avait remarqué aucune modification depuis avril 2014.

Il n'y avait donc pas lieu de s'écarter des taux retenus par l'expert. En appliquant ce taux de 10 % au montant maximum du gain assuré valable au moment de la survenance de l'accident (soit CHF 126'000.-), l'IPAI s'élevait à CHF 12'600.-.

45. L'assuré a formé opposition le 9 septembre 2019, concluant à l'octroi d'une IPAI de 25 %.

Il reprenait pour l'essentiel les arguments contenus dans ses observations du 15 août 2016.

46. Par décision sur opposition du 21 octobre 2019, l'assurance a rejeté de l'opposition.

Contrairement à l'avis de l'assuré, le rapport du Dr I_____ devait être considéré comme concluant à la lumière de la jurisprudence en vigueur en la matière et il n'y avait pas lieu d'attendre d'autres avis médicaux.

L'assurance répétait le diagnostic différentiel retenu par le Dr I_____ et citait ses propos sur la causalité naturelle. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, et contrairement à l'avis de l'assuré, l'arrêt de 2014 soulignait que cette question ne faisait pas l'objet de la décision sur opposition, et retenait que l'état de l'épaule, qui était susceptible d'amélioration, ne pouvait être considéré comme définitif, réservant ainsi l'octroi d'une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité.

La conclusion du Dr I_____ sur cette question était claire et n'était pas sujette à interprétation : la degré d'atteinte à l'intégrité était de 20 %, dont 50 % devait être mis sur le compte du status après chirurgie de l'épaule. En application de l'art. 36 al. 2 LAA, l'assurance avait correctement confirmé une IPAI de 10 %, considérant que l'autre 10 % devait être attribué à la maladie.

47. Par acte du 22 novembre 2019, l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée auprès de la chambre de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de ladite décision et à l'octroi d'une IPAI de 25 %.

Il sollicitait un délai pour compléter son recours et l'étayer de documents médicaux dont il ne disposait pas encore.

48. Le recourant a complété son recours le 6 janvier 2020, persistant dans ses conclusions et sollicitant la mise sur pied d'une expertise complémentaire auprès d'un spécialiste s'agissant de la question du pourcentage applicable d'IPAI.

Le Dr I_____ retenait dans son rapport que les séquelles encore existantes à ce jour découlaient en partie de l'accident, et en partie de l'opération du 1^{er} janvier 2011. Il retenait toutefois que l'opération avait été effectuée en raison d'un état maladif, alors qu'il avait été admis qu'elle était en lien de causalité avec l'accident. Le status après chirurgie était dès lors aussi dû à l'accident. Partant, le lien de causalité était donné pour l'ensemble de la restriction de la mobilité de l'épaule, et

non uniquement pour la moitié. La Dresse J_____ l'avait d'ailleurs confirmé, puisqu'elle précisait que l'ensemble de l'infirmité de l'épaule droite était bien liée à l'accident, que ce soit de manière directe ou des suites de l'accident.

Le Dr I_____ indiquait également que la mobilité de l'épaule s'était légèrement améliorée, mais que la force de la main avait quant à elle diminué en raison d'une sous-utilisation de celle-ci. Selon lui, l'entraînement de la force de la main lui paraissait exigible. Au vu de la légère amélioration de la mobilité de l'épaule, et sans tenir compte de l'aggravation au niveau de la main, il retenait dès lors une IPAI de 20 %, imputable pour moitié à l'accident.

Le recourant, qui avait repris le travail à temps plein depuis le dernier examen du Dr I_____, présentait toujours un manque très important de force dans la main droite, qu'il utilisait pourtant quotidiennement. Il ne pouvait donc plus être prétendu que la diminution de la force de la main résulterait d'une sous-utilisation de celle-ci. Par ailleurs, il souffrait toujours d'une limitation complète des amplitudes de l'épaule droite, comme par le passé.

Vu l'écoulement du temps depuis les derniers avis médicaux et le fait que le recourant avait repris son emploi, il paraissait nécessaire qu'un spécialiste puisse réexaminer la question de la force de la main et de l'éventuelle exigibilité d'exercices précis en dépit de l'exercice de son activité professionnelle à temps plein sollicitant la main dominante.

49. L'intimé a répondu au recours le 4 février 2020, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision sur opposition entreprise.

Les conclusions de l'expertise du Dr I_____, mise en œuvre dans le strict respect des règles de la LPGA, et dont les compétences avaient d'ores et déjà été reconnues par la chambre de céans, devaient se voir reconnaître pleine valeur probante.

Le recourant se prévalait essentiellement d'un rapport de la Dresse J_____ pour contester les conclusions de l'expert. Or, il s'agissait du médecin traitant du recourant. Par ailleurs, pour reprendre les termes de la Dresse J_____ elle-même, il était pour le moins surprenant que deux examens objectifs pratiqués à un mois d'écart donnent des résultats à ce point divergents. La réponse se trouvait probablement dans la motivation de la consultation auprès de la Dresse J_____, qui avait pour but de contester les conclusions de l'expertise du Dr I_____ dont le recourant n'était pas satisfait. Cela étant, la Dresse J_____ confirmait que le degré d'atteinte global était de 20 % au regard des tables de la SUVA, en accord avec les conclusions de l'expert. Elle retenait toutefois que le mécanisme de l'accident pouvait engendrer une lésion de type slap II nécessitant la chirurgie dont le recourant avait bénéficié et considérait dès lors que l'origine de la lésion serait uniquement liée à l'accident.

Cette hypothèse était clairement contraire aux faits de la cause, respectivement aux conclusions du Dr I_____, d'ores et déjà entérinées par l'arrêt du 10 novembre 2014, à savoir que l'opération avait permis de traiter, d'une part, une bursite sous-

acromiale et une tendinite du long chef du biceps, élément en relation avec l'accident, ainsi qu'une lésion slap de degré II, élément maladif sans relation avec l'accident.

Les considérations de la Dresse J_____ relatives à la lésion du type slap II qui pourrait être en relation de causalité avec l'accident n'étaient ainsi pas établies ni médicalement, ni juridiquement.

Le Dresse J_____ relevait par ailleurs que l'évolution était liée à une capsulite post-traumatique qui était une maladie secondaire à un problème d'accident, ce qui était erroné au regard des conclusions de l'expert. Elle confirmait enfin que la détermination d'un pourcentage respectif était difficile, ce en accord avec l'expert, mais ne pouvait toutefois pas se prononcer dans ce contexte.

Il apparaissait ainsi que le rapport de la Dresse J_____ était erroné et n'apportait aucun élément pertinent nouveau qui aurait été ignoré par l'expert. Il y avait donc lieu d'accorder pleine valeur probante au rapport du Dr I_____. C'étant donc à bon droit que l'intimée s'était fondé sur celui-ci pour allouer au recourant une IPAI de 10 %, d'un montant de CHF 12'600.-.

50. Le recourant a répliqué le 15 mai 2020, persistant dans ses conclusions.

Le Dr I_____ avait clairement indiqué que l'épaule droite était asymptomatique avant l'accident et n'avait pas indiqué que la *statu quo sine* ait été atteint. Il avait établi, dans le cadre de l'expertise judiciaire, que l'atteinte à l'intégrité était alors de 25 %. Il avait alors réservé une amélioration future des limitations, mais n'avait à aucun moment indiqué qu'une part de celles-ci pourrait être mise en lien exclusivement avec une cause malade.

Le simple fait que l'évolution de l'état de santé du recourant était moins bonne qu'attendue la plupart du temps en cas d'atteintes comparables ne pouvait suffire à déduire qu'une part des limitations résiduelles était à imputer à une cause malade. Aucun autre argument n'avait été mis en avant pour justifier une indemnité seulement partielle.

Le Dr I_____ et la Dresse J_____ avaient tous deux mis en avant la complexité médicale de la situation et la difficulté à trancher avec certitude la part imputable aux causes éventuellement existantes. L'intervention médicale avait eu lieu en raison de l'accident ; l'épaule était auparavant asymptomatique. La prise en charge de l'opération par l'intimée démontrait le lien de causalité entre les atteintes et l'accident.

51. L'intimée a dupliqué le 27 mai 2020, persistant dans ses conclusions.

Contrairement à ce que soutenait le recourant, le Dr I_____ réservait d'ores et déjà, dans son expertise du 17 avril 2014, l'intervention de facteurs étrangers dans le pourcentage d'atteinte à l'intégrité. Il avait indiqué qu'il subsistait « pour l'instant » une atteinte à l'intégrité corporelle estimée à 25 % ; les facteurs étrangers n'intervenaient pas, pour l'heure, dans ce pourcentage.

L'explication la plus plausible à l'évolution moins favorable que ce que l'on pouvait attendre de manière habituelle était, selon l'expert, que l'intervention chirurgicale, réalisée pour un état maladif, ait perturbé l'évolution naturelle de guérison après la lésion traumatique. Contrairement à ce que soutenait le recourant, l'expert avait bien motivé les raisons pour lesquelles il considérait que 50 % de l'atteinte à l'intégrité était sans relation aucune avec l'accident.

Par ailleurs, le recourant avait présenté, antérieurement à l'accident, des troubles maladifs sous la forme d'une lésion du labrum et lésion de type slap II.

52. Dans un courrier du 19 juin 2020, le recourant a persisté dans sa conclusion visant à compléter l'instruction médicale par un examen complémentaire auprès du Dr I_____.

Il avait repris son emploi à 100 % comme aide de cuisine et sollicitait dès lors au quotidien et fortement ses mains. Cette reprise d'emploi était postérieure à l'examen pratiqué par le Dr I_____, sur lequel l'intimée fondait sa décision. Cet élément était déterminant dans la mesure où le Dr I_____ avait alors retenu qu'un entraînement de la force de la main était exigible et avait dès lors décidé d'écarter la perte de la force constatée au niveau de la main du calcul de l'IPAI et de ne tenir compte que de la légère amélioration de l'amplitude de l'épaule.

53. Par courrier du 22 juin 2020, l'intimée a relevé que la reprise d'emploi du recourant n'était aucunement postérieure aux expertises du Dr I_____ et ne justifiait en aucun cas la mise en œuvre d'une expertise complémentaire. En effet, dans celle du 17 avril 2014 déjà, le Dr I_____ avait relevé que le recourant était actuellement employé dans une activité similaire à celle exercée auparavant, ce qui ressortait de l'arrêt rendu en 2014. Il ressortait également de l'expertise du 4 mai 2016 que le recourant travaillait en tant que cuisiner et chauffeur, et qu'il n'était pas au bénéfice d'une incapacité de travail.

Seule était donc litigieuse la question du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, pour laquelle l'emploi exercé était sans importance.

54. Sur 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

-
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
 3. Le 1^{er} 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 de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
 5. Le litige porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due au recourant, plus particulièrement sur le taux de celle-ci et son lien de causalité avec l'accident.
 6. Aux termes de l'art. 6 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).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

7. 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^{ère} 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^{ème} 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^{ère} 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^{ème} 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^{ère} 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).

8. Depuis le 1^{er} 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]). Entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à CHF 106'800.- par an et CHF 293.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA ; RO 1998 2588).

En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4).

9. 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). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3).

Selon l'annexe 3 à l'OLAA, une luxation récidivante de l'épaule correspond à un taux de 10% et la perte d'un bras, au niveau du coude ou au-dessus, à un taux de 50%.

À teneur de la table 1 de la SUVA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, une épaule bloquée en adduction correspond à un taux de 30% ; une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale à un taux de 10% et une épaule mobile jusqu'à

l'horizontale à un taux de 15%. S'agissant des paralysies, une paralysie du nerf axillaire correspond à un taux de 25 %.

10. À teneur de l'art. 36 al. 2 1^{ère} phrase LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident.

Cette disposition légale repose sur l'idée qu'une atteinte à la santé peut ne pas avoir été causée uniquement par un accident mais conjointement à d'autres facteurs étrangers à celui-ci, alors que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents. L'art. 36 al. 2 LAA trouve application lorsque l'accident et l'événement non assuré ont causé conjointement une atteinte à la santé et si les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. En revanche, l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable lorsque les facteurs déclenchants ont causé des dommages sans influence réciproque, par exemple lorsque l'accident et l'événement non assuré concernent des parties du corps différentes et qu'ainsi les troubles ne coïncident pas. Dans un tel cas, les conséquences de l'accident assuré sont à évaluer pour elles-mêmes (ATF 126 V 116 consid. 3b ; ATF 121 V 326 consid. 3c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2007 du 2 avril 2008 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 79/03 du 18 décembre 2003 consid. 4.2).

À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que l'art. 36 al. 2 LAA ne changeait rien à l'exigence de la causalité adéquate. La réduction des prestations en application de cette disposition présuppose l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 121 V 326 ; ATF 115 V 413 consid. 12c/bb). En revanche, l'art. 36 al. 2 LAA limite l'application du principe de la causalité en ce sens seulement qu'un état de santé préexistant, qui n'a jamais eu d'influence sur la capacité de travail, ne saurait être pris en considération afin de justifier la réduction des prestations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 79/03 du 18 décembre 2003 consid. 4.2).

11. Depuis le 1^{er} janvier 2003, l'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 ([OPGA ; RS 830.11]). Selon la doctrine et la jurisprudence, l'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9 consid. 3.6).

12. 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).

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).

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

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

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa 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 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

13. 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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).

14. a. En l'espèce, le Dr I_____ a diagnostiqué, dans son rapport du 4 mai 2016, une limitation fonctionnelle en mobilité et en force de l'épaule et de la main droites sur perturbation du schéma corporel ; des séquelles d'épaule gelée post-traumatique à droite ; un status après arthroscopie de l'épaule droite, ténotomie et ténodèse du long chef du biceps pour lésion slap II, bursectomie.

Il a rappelé que la perturbation du schéma corporel et les séquelles d'épaule gelée étaient en relation de causalité partielle avec l'accident du 3 septembre 2010. Au vu de l'évolution moins favorable qu'escomptée lors de la première expertise, il a estimé que l'état de santé était influencé par l'état maladif et l'intervention chirurgicale, elle-même réalisée pour un état maladif. Celle-ci était partiellement responsable des séquelles globales observées encore aujourd'hui. La détermination d'un pourcentage respectif était difficile, mais il a estimé approprié de retenir un 50 % pour les séquelles de l'état maladif, et un 50 % pour les séquelles de l'accident.

S'agissant de l'IPAI, la mobilité de l'épaule s'était légèrement améliorée depuis la dernière expertise, mais la force de la main avait diminué. La diminution de la force de la main résultait selon lui d'une diminution de l'utilisation de celle-ci, étant précisé que l'entraînement de la force de la main lui paraissait exigible, par des exercices que pouvait effectuer le recourant lui-même. Étant donné l'amélioration, même légère, de la mobilité de l'épaule, le degré d'atteinte à l'intégrité était de 20 %, et ceci de manière définitive. La moitié de l'état séquellaire devant être mise sur le compte du status après chirurgie de l'épaule, soit une cause malade, il a retenu une IPAI de 10 %.

- b. Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise, pour divers motifs.

Il s'étonne tout d'abord que l'expert ait retenu que l'opération avait été effectuée pour un état maladif, alors qu'il avait été admis dans l'arrêt rendu en 2014 qu'elle

était en lien de causalité avec l'accident. Partant, le status après chirurgie devait dès lors aussi être dû à l'accident, et le lien de causalité donné pour l'ensemble des restrictions de mobilité de l'épaule.

Or, il ressort dudit arrêt que l'intervention était partiellement en lien de causalité avec l'accident. En effet, le Dr I_____ avait précisé, en réponse aux questions de la chambre de céans, que l'intervention du 12 août 2011 avait été réalisée en raison de la persistance de troubles à l'épaule droite après l'accident du 3 septembre 2010, et qu'elle avait permis de traiter d'une part une bursite sous-acromiale et une tendinite du long chef du biceps (éléments en relation avec l'accident) ainsi qu'une lésion slap degré II (élément maladif). Dans la mesure où le Dr G_____ avait proposé cette intervention en raison de la présence d'une lésion slap de degré II, l'indication opératoire était de manière prépondérante en relation avec cette lésion slap, elle-même un élément maladif. On ne saurait dès lors suivre le recourant sur ce point.

Il sied de rappeler que le Dr I_____ s'était prononcé ainsi s'agissant du lien de causalité entre l'état de santé du recourant et l'accident du 3 septembre 2010 : il avait retenu qu'il était très peu probable que l'accident puisse avoir provoqué une lésion du labrum quelle qu'elle soit, et, a fortiori, une lésion de type slap II. Partant, seules l'épaule gelée post-traumatique, la tendinopathie du biceps et la perturbation du schéma corporel étaient en lien de causalité vraisemblablement prépondérante avec l'accident. Par ailleurs, il estimait que pour les lésions traumatiques, le pronostic à long terme était favorable. En revanche, il persistait comme atteinte malade une altération du labrum supérieur, pouvant entraîner un conflit interne et une élévation de l'épaule limitée à environ 150 à 160 ° pour les gestes de la vie quotidienne.

Le recourant soutient ensuite que le Dr I_____ avait certes réservé dans sa première expertise une amélioration future des limitations – raison pour laquelle la question de l'IPAI n'avait pas été tranchée de manière définitive –, mais qu'il n'aurait pas indiqué qu'une part des limitations pouvait être à mettre en lien exclusivement avec une cause malade. Partant, il estime que le simple fait que l'évolution de l'état de santé du recourant ait été moins bonne qu'attendue ne pouvait suffire à déduire qu'une part des limitations résiduelles était à imputer à une cause malade.

Le Dr I_____ avait retenu, dans sa première expertise, que la lésion de type slap II, étrangère à l'accident, constituait un facteur maladif influençant pour l'heure l'état de l'épaule de manière minime. Il avait ainsi considéré que les facteurs étrangers à l'accident n'intervenaient pas pour l'heure dans le pourcentage d'IPAI, alors estimée à environ 25 %. Le pronostic était cependant favorable et cette atteinte devait diminuer progressivement. S'agissant de l'influence de l'état maladif, étranger à l'accident, il avait estimé qu'en cas de récupération d'une mobilité active presque complète, elle pourrait augmenter à environ 20 % concernant la limitation d'élévation en fin de course. Il ressort donc de la

précédente expertise que le Dr I_____ avait bel et bien réservé l'influence de facteurs étrangers à l'accident dans la détermination de l'IPAI une fois l'état stabilisé, de sorte que le recourant ne saurait être suivi dans son argumentation.

Le recourant se fonde ensuite sur le rapport de la Dresse J_____ pour contester la valeur probante du rapport du Dr I_____. Celle-ci a constaté un status très différent de celui noté dans l'expertise du Dr I_____, qu'elle ne pouvait expliquer, mais relevait dans le même temps que le degré d'atteinte de 20 % était en accord avec le taux d'atteinte à l'intégrité des tableaux de la SUVA pour les atteintes du membre supérieur. Quant à la question de savoir si seuls 10 % de ces 20 % devaient être retenus comme découlant directement de l'accident, elle a indiqué ne pas pouvoir se prononcer. Elle a toutefois relevé que selon elle, le mécanisme de l'accident pouvait engendrer une lésion de type slap II nécessitant l'opération dont le recourant avait bénéficié et que, partant, l'origine de l'atteinte serait uniquement liée à l'accident.

Or, il ressort du rapport d'expertise du Dr I_____ du 27 avril 2014, dont la force probante a été reconnue par la chambre de céans, que la lésion de type slap II était une atteinte malade, étrangère à l'accident. Le rapport de la Dresse J_____, qui considère le contraire et en déduit une origine uniquement accidentelle de l'atteinte actuelle, ne saurait dès lors permettre de jeter des doutes sur la valeur probante de la nouvelle expertise du Dr I_____.

Le recourant invoque enfin la nécessité qu'un spécialiste réexamine la question de la force de sa main et de l'éventuelle exigibilité d'exercices précis pour améliorer celle-ci. Il relève à cet égard qu'il utilise quotidiennement sa main dans le cadre de son activité professionnelle de cuisinier et chauffeur, et qu'il ne comprend pas de quelle manière la force de sa main pourrait être encore améliorée, comme le soutient le Dr I_____.

On peut effectivement regretter que le Dr I_____ n'ait apparemment pas apporté plus de précisions au recourant quant aux exercices que l'on pourrait attendre qu'il effectue pour améliorer la force de sa main. Cela étant, cette question semble n'avoir pas d'influence sur le degré d'IPAI, estimée à 20 % tant par le Dr I_____ que par la Dresse J_____, qui a confirmé les conclusions de l'expert sur ce point.

Au vu de ce qui précède, aucun des arguments soulevés par le recourant ne permet de jeter un doute sur la valeur probante du nouveau rapport d'expertise du Dr I_____. Pour le surplus, la chambre de céans constate que ledit rapport a pris en considération les plaintes de l'expertisé, qu'il se fonde sur un examen complet de ce dernier et qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier.

Il sera enfin relevé que le taux d'IPAI déterminé par le Dr I_____ est conforme aux principes figurant dans la loi et que le recourant n'y oppose aucun avis médical permettant d'en contester le bien-fondé. S'agissant du pourcentage de l'atteinte à l'intégrité à mettre sur le compte de l'état malade du recourant, le Dr I_____ a bien expliqué, comme ci-dessus rappelé, que l'état de santé du recourant est

influencé par l'état maladif et l'intervention chirurgicale réalisée, qui est partiellement responsable des séquelles observées aujourd'hui. Partant, il a relevé que la détermination d'un pourcentage respectif était difficile, mais il estimait approprié de retenir que 50 % de l'état séquellaire devait être mise sur le compte de l'état maladif et de l'intervention pratiquée. Le recourant n'oppose quant à lui aucun rapport médical permettant de mettre en doute cette appréciation. Il ne peut à cet égard pas se fonder sur rapport de la Dresse J_____, cette dernière ayant tout d'abord indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur cette question, puis a précisé que l'origine de l'atteinte à l'intégrité pourrait être uniquement liée à l'accident puisque ce dernier aurait pu, selon elle, engendrer une lésion de type slap II. Or, comme précédemment indiqué, il a été établi lors de la première expertise, et confirmé par la chambre de céans, que la lésion de type slap II était d'origine malade, et non accidentelle.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée s'est fondé sur l'expertise du Dr I_____, qui a pleine valeur probante, pour accorder au recourant une IPAI de 10 %.

En tous points mal fondé, le recours sera rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

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