

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

M._____, au [...], recourant, représenté par Me Christian Dénériaz, avocat à Lausanne,

et

G._____, à [...], intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

Art. 18 LAA.

E n f a i t :

A. **a)** M._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1937, cardiologue, exploitait un cabinet médical à [...]. Il était assuré contre les accidents conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), à titre facultatif, par G._____ (ci-après également : l'intimée).

b) Le 21 décembre 2011, M._____ s'est encoublé en marchant dans la rue. Il a chuté sur le thorax et s'est blessé à l'épaule, avec également des plaies au visage, aux genoux et aux mains. Il a été admis le jour même à l'Hôpital Q._____, à [...]. Un examen radiographique de l'épaule droite a permis de mettre en évidence une fracture-luxation antéro-inférieure gléno-humérale avec déplacement postérieur du trochiter d'environ deux centimètres, comprenant une composante sous-capitale, avec une très légère bascule postérieure de la tête. Un examen radiographique du thorax a par ailleurs permis de constater la même fracture-luxation antéro-inférieure de la tête humérale, comportant un trait de fracture sous-capital et trochitérien. Toujours le 21 décembre 2011, le docteur W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pratiqué une réduction sanglante de la luxation et de la fracture, avec ostéosynthèse par plaque Philos. L'assuré est resté hospitalisé jusqu'au 27 décembre 2011. Le rapport de sortie fait état, à titre de comorbidité active lors de l'hospitalisation, d'une maladie de Parkinson.

M._____ a annoncé l'accident à G._____ le 3 janvier 2012, en indiquant s'être blessé à l'épaule. L'assurance-accidents en a pris en charge les suites immédiates (traitement médical et indemnités journalières).

Le docteur Z._____, spécialiste en radiologie et neuroradiologie, a notamment réalisé une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale, une IRM du plexus brachial, ainsi qu'un CT-

Scan de l'épaule droite de l'assuré. Il a constaté des troubles dégénératifs de type uncarthrose étagée de C3 à C7 avec multiples débords discaux circonférentiels associés à des foramens rétrécis dans le cadre d'un canal cervical connu, mais sans tassement, fracture ni luxation des différents corps vertébraux. Il a également constaté un discret œdème en regard de C6-C7 à droite, autour du trajet du plexus brachial, témoignant d'un status post-contusionnel, mais sans signe de déchirure évidente. Il n'y avait pas davantage d'hématome dans cette région. Le docteur Z. _____ a également réalisé une IRM du genou gauche et a constaté une lésion dégénérative du ménisque externe avec une petite formation kystique para-méniscale à l'origine d'un refoulement du ligament collatéral externe (cf. rapports du 9 janvier 2012).

M. _____ a été hospitalisé du 6 janvier au 1^{er} mars 2012 à la Clinique X. _____. Le rapport de sortie, du 22 mars 2012, fait état d'une hospitalisation pour thérapies physiques et fonctionnelles, et pour neurorééducation pour parkinsonisme décompensé sur traumatisme et fracture de l'humérus droit, avec luxation traitée par ostéosynthèse le 21 décembre 2011. La flexion/extension de l'épaule droite était de 130/50° en actif et 140/60° en passif, l'abduction/adduction à 100/5° en actif et 110/10° en passif. La force musculaire globale était évaluée à M4 (réd. : M5 correspondant à une force musculaire normale), mais la force de pincement était insuffisante pour permettre à l'assuré une utilisation fonctionnelle de la pince pouce-index dans les activités de la vie quotidienne. Les troubles sensitifs restaient entraînaient des difficultés lors de préhensions fines. La limitation en flexion et rotation de l'épaule entravait la réalisation d'activités de la vie quotidienne, telles que la toilette ou l'habillage. La limitation en supination active entravait une bonne orientation de la main lors de la recherche d'objets.

Le 27 mars 2012, le recourant s'est notamment soumis à un examen IRM du genou droit à l'Hôpital Q. _____, à [...]. Cet examen a mis en évidence une ostéopénie diffuse, sans fracture, avec un effilement dégénératif des épines tibiales, un épanchement supra-patellaire et une enthésopathie à l'insertion du tendon quadricipital sur la rotule. Le 20 avril

2012, le docteur L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a pratiqué une arthroscopie, avec méniscectomie externe et résection partielle de la plica médio-patellaire. Dans les suites de cette opération, le condyle externe du genou droit a présenté une ostéonécrose. Le 8 juin 2012, le docteur C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a opéré l'assuré et lui a posé une prothèse totale du genou droit.

G._____ a mandaté le docteur N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise. Lors d'un examen clinique du 17 août 2012, ce médecin a constaté que l'amplitude active de l'épaule droite était de 150° en antépulsion (160° à gauche), 120° en abduction (135° à gauche), 50/0/60° en rotation interne et externe (épaule en abduction ; 70/0/75° à gauche). La force du biceps était préservée, avec toutefois une hypotrophie du côté droit. Il en allait de même de la force tricipitale et de la force du deltoïde. La force de préhension était satisfaisante (22-24-24 kg à droite, contre 30-28-28 kg à gauche). On retrouvait une hyperesthésie dans le territoire du nerf médian (3 doigts et ½). Du point de vue du docteur N._____, la récupération de la mobilité de l'épaule était très bonne, bien qu'encore sub-optimale et permettait probablement au patient de réaliser 90 à 95 % des activités quotidiennes usuelles. Les atteintes au genou droit étaient d'origine malade, une relation de causalité avec l'accident du 21 décembre 2011 paraissait hautement invraisemblable, voire exclue. Seule la problématique de l'épaule droite était en relation de causalité avec l'accident. Elle avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2012, puis de 70 % du 1^{er} juillet au 17 août 2012, puis de 50 % dès cette date. Dans un délai d'un mois, l'assuré aurait probablement recouvré une capacité de travail de 75 %, puis de 100 % dans un délai de deux mois (cf. rapport du 17 août 2012).

Par décision du 11 octobre 2012, G._____ a refusé de prendre en charge le traitement médical du genou droit, au motif que les atteintes à ce genou n'étaient pas d'origine accidentelle. M._____ s'est opposé à cette décision, le 5 novembre 2012, de même que son assurance-maladie, A._____. Par décision sur opposition du 17 décembre

2012, G._____ a maintenu son refus de prester pour les atteintes du genou droit. Cette décision sur opposition n'a pas fait l'objet d'un recours.

c) Le 5 mai 2014, un examen radiographique de l'épaule droite de l'assuré a mis en évidence, notamment, une ostéonécrose de la tête humérale et une importante omarthrose avec ostéophytose des berges articulaires glénoïdiennes prédominant au niveau antérieur (cf. rapport du 6 mai 2014 du docteur K._____, radiologue). L'assuré s'est soumis à une opération de pose d'une prothèse inversée de l'épaule droite, le 27 mai 2014, par le docteur D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. A la suite de cette opération, l'assuré a séjourné jusqu'au 4 juin 2014 à la Clinique T._____. G._____ a pris en charge ce traitement.

Lors d'un entretien avec une collaboratrice de cet assureur-accidents, le 1^{er} octobre 2014, M._____ s'est déclaré très déçu de l'opération du 27 mai 2014. Il ne pouvait pas lever le bras et porter une tasse de café était déjà trop difficile pour lui. Il avait des douleurs évaluées à 7 sur 10 lorsqu'il bougeait l'épaule. Il souffrait en outre d'un Parkinson léger, mais rigide, qui lui interdisait les anti-douleurs. Il ne parvenait plus à pratiquer d'échographies. Il avait travaillé comme cardiologue indépendant pendant vingt-cinq ans, mais son bailleur avait résilié le contrat de bail. Il avait donc intégré un nouveau cabinet, qu'il avait finalement remis à un groupe, V._____. La transaction avait eu lieu en avril 2014, alors qu'à l'époque, il travaillait à 70-75 %. Il avait une clientèle fidèle, qu'il entendait continuer à suivre, à raison de 25 à 30 % depuis la vente de son cabinet. Cela n'était plus possible en raison de l'opération du 27 mai 2014. V._____ travaillait avec un médecin généraliste, un gynécologue, un cardiologue et un physiothérapeute-ostéopathe. La société avait engagé la doctoresse Nadia Popova, cardiologue, pour le remplacer, mais il était encore présent et venait presque tous les jours au cabinet, pour « jeter un œil ». Selon le Registre du commerce, V._____ est dirigé depuis le 1^{er} décembre 2016 par H._____, associé-gérant, disposant de la totalité des parts sociales. La société, créée le 25 mars 2014, était auparavant en mains de F._____.

associé, titulaire de dix-neuf parts sociales, et de B._____, associé-gérant, titulaire d'une part sociale.

M._____ a quitté la Suisse pour s'établir au [...] le 16 décembre 2014 (cf. attestation du Contrôle des habitants de Lausanne, du 19 juin 2016).

Le 29 janvier 2015, lors d'un nouvel entretien avec une collaboratrice de G._____, le docteur M._____ a exposé que son épaule allait maintenant bien, mais qu'il avait en revanche des difficultés pour la supination et la pronation. Il ne pouvait pas utiliser correctement son bras et se trouvait dans l'impossibilité d'effectuer des échographies, ainsi que d'utiliser divers instruments. Il s'estimait totalement incapable de travailler et n'avait repris aucune activité depuis l'opération du mois de mai. Il a précisé qu'il travaillait à 10-15 % avant l'opération, car il ne pouvait pas effectuer les actes comme les échographies et les tests d'efforts, et qu'il se limitait à recevoir les patients, à discuter avec eux, au maximum à tenir un stéthoscope.

G._____ a demandé une expertise complémentaire au docteur N._____. Celui-ci a pratiqué un examen clinique le 18 avril 2015. Dans son rapport du 24 mai 2015, il a constaté une amplitude active de l'épaule droite de 60° en antépulsion (contre 150° à gauche), de 60° en abduction (contre 120° à gauche), une rotation interne et externe de 70/0/20° (épaules en abduction ; contre 80/0/60° à gauche), ainsi qu'une rotation externe, coude au corps, de 10° à droite (25° à gauche). La force était légèrement diminuée en rotation externe contre résistance, à droite. Il y avait une hypotrophie modérée de la loge bicipitale, à droite, avec toutefois une force contre résistance préservée. La force tricipitale était préservée, celle du muscle deltoïde étant difficilement appréciable. Sur le plan neurologique, le docteur N._____ a constaté une légère hypoesthésie dans le territoire du nerf médian à droite, avec toutefois une force de préhension symétrique, mesurée à 27-28-28 kg des deux côtés. Il a posé les diagnostics suivants :

- « - status à bientôt trois ans et demi d'une fracture-luxation de la tête humérale droite, réduite et ostéosynthésée, avec une plexopathie partielle, essentiellement proximale ;
- ostéonécrose secondaire de la tête humérale droite et arthrose gléno-humérale ;
- status onze mois après arthroplastie totale inversée de l'épaule droite ;
- arthropathie dégénérative gléno-humérale gauche, modérée, associée à une tendinopathie non-rompue de la coiffe de rotateurs ;
- arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale, modérée à gauche, discrète à droite. »

Selon le docteur N._____, le résultat clinique après l'intervention du 27 mai 2014 était moyen. S'il n'y avait pas de complication technique inhérente à la prothèse, le contexte fonctionnel n'était pas satisfaisant, excepté la cessation des douleurs. L'assuré avait perdu un peu de mobilité active par rapport à la situation pré-opératoire. Il gardait une faiblesse, parfaitement compréhensible, du bras et de l'épaule. En revanche, la fonction distale (main) était désormais bonne. L'assuré était gêné par une hyposensibilité persistante dans le territoire du nerf médian, mais ce trouble était très modéré. Le tableau actuel semblait presque définitif, mais l'expert proposait la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie jusqu'à une échéance de dix-huit mois après l'opération. Sur le plan professionnel, et en évaluant uniquement les séquelles de l'accident (« en faisant ainsi abstraction de l'état parkinsonien, qui peut [pouvait] rendre compte d'une partie de l'impotence du membre supérieur, en particulier pour les phénomènes de lâchages d'objets »), la capacité de travail semblait entière « dans le cadre du taux résiduel de 30 % souhaité par le patient ».

Pour le docteur N._____, il était hautement probable que le docteur M._____ soit encore capable d'effectuer les gestes nécessaires en tant que médecin cardiologue, rompu à la pratique d'échographies cardiaques. L'acte en lui-même, l'échographie, représentait une partie de son travail, probablement un tiers, pas la moitié. Le reste du temps était pris par la période d'entretien entre le médecin et le patient, puis par la dictée et la correction du rapport d'échographie. Pour effectuer cet examen, le médecin se positionnait assis, sur le côté droit de son patient couché sur le dos. L'appareil à ultrasons était également à droite du

patient. La main droite de l'examineur guidait la sonde US sur le thorax du patient. L'examen était complété en positionnant le patient sur son côté gauche, le médecin restant à la même place, maniant à nouveau la sonde, cette fois en ayant son épaule en position d'abduction de 70-90°. Cette position permettait de faire le tour de l'hémi-thorax du patient. Pour le premier examen (patient couché sur le dos), un bon contrôle du membre supérieur était nécessaire, mais l'épaule était peu mobile. L'utilisation d'une chaise modulable en hauteur pour s'adapter à la conformité thoracique du patient pouvait avoir son utilité. Un appui pour le coude, attaché au bord du lit d'examen, afin de limiter les contraintes dues au poids du membre supérieur, pouvait également être utile. Pour le second examen (patient couché sur le côté gauche), la situation était plus difficile car l'examineur était obligé d'écarter son épaule, s'appuyant certes parfois un peu sur son patient, mais devant limiter cet appui par une fonction adéquate de sa coiffe des rotateurs et de son muscle deltoïde. L'alternative était de se déplacer du côté gauche du patient, face à lui, et de manier la sonde sans devoir écarter son épaule, le bord du lit pouvant même être utilisé comme appui pour son bras. A défaut, un appui complémentaire, attaché au bord du lit, pouvait être nécessaire. Il convenait d'avoir une chaise adaptable en hauteur, ou un lit électrique, et de pouvoir déplacer l'appareil à ultrasons. Avec ces adaptations peu importantes et qui feraient perdre peu de temps d'installation (2-3 minutes à chaque fois), le docteur M._____ pouvait parfaitement procéder à l'échographie.

Le docteur N._____ a encore évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré, qu'il a fixée à 20 %.

Le 8 septembre 2015, le docteur J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de G._____, s'est déterminé sur l'expertise. Il a proposé de constater une atteinte à l'intégrité de 25 % pour tenir compte de l'état de l'épaule avant la pose d'une prothèse, et non après. Il a par ailleurs observé que les limitations fonctionnelles liées aux atteintes à l'épaule permettaient effectivement un taux d'activité proche de 30 %. On pourrait envisager « une discrète diminution du

rendement », mais ceci devrait être motivé par une analyse détaillée de la façon de travailler de l'assuré. Selon deux confrères cardiologues, les positions d'examens détaillées par le docteur N._____ étaient exactes et l'assuré pouvait utiliser l'une ou l'autre des méthodes proposées au besoin. Les constatations du docteur N._____ étaient donc probantes, étant réservée une baisse de rendement à chiffrer sur place.

G._____ a demandé au docteur J._____ de se déterminer sur la capacité de travail, dans un poste à 100 %, d'un assuré d'âge moyen (environ 42 ans), possédant les mêmes connaissances professionnelles que le docteur M._____ et ayant subi une atteinte de même gravité que celui-ci à la suite de l'accident du 21 décembre 2011. Le 25 novembre 2015, le docteur J._____ a estimé cette capacité de travail à 50 % pour les gestes techniques et à 100 % pour les gestes non techniques. La répartition entre activités techniques et non techniques dépendait non pas de l'anamnèse et de l'observation de l'assuré lors de l'expertise, mais d'une analyse de son poste de travail (analyse technico-financière non médicale). Dans une activité adaptée, sans gestes techniques, la capacité de travail était totale.

Par décision du 10 mars 2016, G._____ a mis fin aux indemnités journalières allouées à l'assuré, avec effet au 1^{er} décembre 2015. Elle a également rappelé que des indemnités journalières avaient été versées pour une incapacité de travail de 100 % du 24 décembre 2011 au 29 février 2012, puis de 75 % du 1^{er} mars au 30 avril 2012 et de 70 % du 1^{er} mai au 31 août 2012. Des indemnités journalières pour une incapacité de travail totale avaient ensuite été versées, du 19 mai au 31 août 2014, puis pour une incapacité de travail de 50 %, du 1^{er} septembre au 31 décembre 2014. Le montant des indemnités journalières avait été fixé à 276 fr. 15. Toutefois, dans la mesure où l'assuré n'avait plus son propre cabinet en mai 2014 et où il n'aurait repris son activité qu'à 25-30 %, le gain assuré pour l'indemnité journalière dès le mois de mai 2014 ne pouvait pas excéder 63'000 fr., ce qui correspondait à une indemnité journalière de 138 fr. 10 pour une incapacité de travail de 100 %. Un décompte rectificatif et final lui serait donc adressé pour la période du 19

mai 2014 au 30 novembre 2015. G._____ a par ailleurs alloué une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 25 % (31'500 fr.) et a annoncé qu'elle statuerait prochainement sur le droit à la rente. Elle a mis fin à la prise en charge du traitement médical avec effet au 30 novembre 2015, « sous réserve de l'art. 21 LAA ».

Le 14 mars 2016, G._____ a adressé à l'assuré un décompte rectificatif d'indemnités journalières, fixant à 16'805 fr. 85 le solde à payer à l'intéressé pour la période du 19 mai 2014 au 30 novembre 2015.

G._____ a demandé au docteur N._____ de se déterminer sur la capacité résiduelle de travail, pour un poste à 100 %, d'une personne d'âge moyen (environ 42 ans) possédant les mêmes connaissances professionnelles et ayant subi une atteinte de même gravité que l'assuré à la suite de l'accident du 21 décembre 2011. Le docteur N._____ a répondu le 30 mai 2016 qu'il estimait que la capacité devrait être entière, « ou avoisiner le 100 % », moyennant une série d'adaptations ergonomiques déjà étayées dans son dernier rapport d'expertise. Il a rappelé, dans ce contexte, que sa précédente appréciation tenait compte d'une activité exercée à 30 % selon l'anamnèse, et qu'il avait donc « limit[é] son appréciation à ce taux ». Moyennant les modifications ergonomiques proposées, et en tenant compte du fait que l'assuré pouvait continuer à utiliser un ordinateur, voire à écrire le strict minimum pour établir ne serait-ce que des ordonnances, sa capacité résiduelle de travail en tant que cardiologue devrait être entière.

Le 24 novembre 2016, G._____ a annoncé à l'assuré son intention de nier le droit à une rente et lui a imparti un délai pour se déterminer. Le 31 janvier 2017, l'assuré, désormais représenté par Me Christian Dénériaz, a contesté le refus de prestations et a produit un rapport établi le 15 décembre 2016 par le docteur D._____. Celui-ci y exposait avoir revu l'assuré le 9 octobre 2015. Il se plaignait alors de douleurs et d'une limitation fonctionnelle, confirmée par l'examen clinique. Du point de vue du docteur D._____, il convenait de laisser

l'assuré au bénéfice d'une incapacité de travail totale et de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %.

Par décision du 10 mai 2017, G._____ a nié le droit de l'assuré à une rente. Ce dernier s'y est opposé le 6 juin 2017, en soutenant n'avoir jamais recouvré la moindre capacité de travail après l'opération du 27 mai 2014. Par décision sur opposition du 3 juillet 2017, G._____ a confirmé son refus d'allouer une rente.

B. Par acte du 4 septembre 2017, M._____, toujours représenté par Me Dénériaz, a interjeté un recours de droit administratif contre la décision sur opposition du 3 juillet 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complète et nouvelle décision, sous suite de dépens. Il s'est référé, pour l'essentiel, à l'attestation du docteur D._____, du 15 décembre 2016, en contestant la valeur probante de l'expertise du docteur N._____ et en soulignant que ce médecin ne l'avait pas revu depuis mai 2015, soit six mois avant le dernier examen pratiqué par le docteur D._____. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle dans son activité de cardiologue.

L'intimée a répondu et a produit son dossier le 3 octobre 2017, en concluant au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

Le recourant a répliqué le 9 mars 2018. Il a allégué avoir vendu son cabinet non pas en avril 2014, comme l'avait admis l'intimée, mais en avril 2016, alors qu'il travaillait à 50 % seulement. Il a soutenu par ailleurs n'avoir quitté la Suisse que le 31 décembre 2016. Il a fait valoir que sans atteinte accidentelle à la santé, il aurait poursuivi son activité lucrative à 100 % et n'aurait pas vendu son cabinet à la fin (sic) de l'année 2016. Il a insisté sur le fait que son plexus brachial droit avait été touché, avec notamment un gros problème de sensibilité dans les doigts. En tant que cardiologue, il était particulièrement gêné par l'extrême limitation

pour prendre ou supporter des objets (pronation et supination). Le Parkinson l'affectait surtout du côté gauche, de sorte que ces difficultés, du côté droit, ne pouvaient venir que de l'accident.

L'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours, le 11 avril 2018.

Le 7 septembre 2018, le juge en charge de l'instruction a rejeté les mesures d'instruction requises, dans la mesure où il n'y avait pas déjà été donné suite, sous réserve de l'avis contraire de la Cour.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents, pour la période postérieure au 30 novembre 2015. L'intimée a fixé le droit aux indemnités journalières pour la période antérieure, de même que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dans une décision du 10 mars 2016, qui n'a pas fait l'objet d'un recours.

3. a) Le recourant soutient que sans atteinte accidentelle à la santé, il aurait continué à exploiter son cabinet médical à 100 %. Il allègue que depuis l'opération de pose d'une prothèse inversée, il n'a pas recouvré la moindre capacité de travail, malgré d'intenses et réitérés efforts en matière de physiothérapie. Il a par conséquent été contraint de vendre son cabinet médical à la fin de l'année 2016.

b) Les allégations du recourant relatives à son départ de Suisse en décembre 2016 seulement, ainsi qu'à la vente de son cabinet médical et aux motifs de cette vente ne sont pas établies. Au contraire, il ressort de ses déclarations à une collaboratrice de l'intimée, le 1^{er} octobre 2014, qu'il avait dû quitter son cabinet ensuite d'une résiliation de son contrat de bail par le propriétaire, qu'il avait alors intégré un autre cabinet médical qu'il avait toutefois finalement remis à V. _____ en avril 2014. Selon le Registre du commerce, cette société a été créée le [...] 2014. Il ressort par ailleurs des informations communiquées à l'intimée par le Service de la population que le recourant a quitté la Suisse pour le [...] non pas à la fin de l'année 2016, comme il l'allègue, mais à la fin de l'année 2014. Enfin, le recourant a également déclaré à une collaboratrice de l'intimée, toujours le 1^{er} octobre 2014, que sans les lésions accidentelles subies, il aurait poursuivi son activité de cardiologue à 30 % seulement, pour V. _____, de manière à traiter les anciens patients qui souhaitaient encore qu'il assure leur suivi médical. On tiendra donc pour établie cette version des faits, et non celles présentées finalement pendant la procédure de recours, compte tenu en particulier de l'âge du recourant et des autres atteintes à la santé dont il souffre (prothèse totale du genou droit, Parkinson, atteintes dégénératives aux deux épaules).

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPG) à 10 % au moins par suite de l'accident. Cette disposition a été modifiée dès le 1^{er} janvier 2017, ensuite de l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 de la LAA (RO 2016 4375). La version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 reste toutefois applicable en l'espèce, dès lors que l'accident assuré s'est produit avant le

1^{er} janvier 2017 (art. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

b) L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

c) L'art. 18 al. 2 LAA délègue au Conseil fédéral la compétence de régler l'évaluation de l'invalidité dans les cas spéciaux, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire. Cette disposition prévoit que le Conseil fédéral peut déroger à l'art. 16 LPGA.

Conformément à cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 28 al. 4 OLAA. Selon cette disposition, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser.

Cette disposition est applicable en l'espèce.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. a) Il ressort des documents médicaux au dossier, en particulier des rapports d'expertise établis par le docteur N._____, que l'accident du 21 décembre 2011 a entraîné deux types d'atteintes, dont le recourant souffre encore. Il a, d'abord, entraîné une fracture-luxation antéro-inférieure gléno-humérale. Après une première intervention (réduction et ostéosynthèse), cette atteinte a évolué vers une nécrose de la tête

humérale, de sorte que la pose d'une prothèse inversée de l'épaule a été nécessaire, en mai 2014. Il en résulte des séquelles essentiellement sous la forme d'une importante limitation de la mobilité de l'épaule droite et, dans une mesure moindre, d'une diminution de la force du bras. La deuxième atteinte était une lésion partielle du plexus brachial, entraînant des problèmes neurologiques. Ceux-ci se traduisent principalement par un trouble de sensibilité dans les doigts.

b) Invité à estimer les répercussions des atteintes sur la capacité du recourant à travailler comme cardiologue, le docteur N._____ a tenu compte de l'importante limitation de la mobilité de l'épaule droite ainsi que de la diminution de la force du bras. Il a expressément constaté que l'assuré avait perdu un peu plus de mobilité active ensuite de l'opération de mai 2014, mais qu'il avait moins de douleurs. Il gardait une faiblesse du bras et de l'épaule, que le docteur N._____ a toutefois relativisée, constatant notamment que la force bicipitale et tricipitale droite paraissait préservée. Le docteur N._____ a également tenu compte de l'atteinte au plexus brachial, mais a relevé, lors de l'examen clinique du 18 avril 2015, une amélioration de la situation par rapport au dernier examen. Il a ainsi fait état d'une légère hypoesthésie dans le territoire du nerf médian à droite, mais d'une force de préhension désormais symétrique, mesurée à 27-28-28 kg des deux côtés (contre 22-24-24 kg à droite et 30-28-28 kg à gauche lors de l'examen clinique du 17 août 2012). L'assuré se déclarait gêné par l'hyposensibilité persistante, mais le docteur N._____ a estimé que le trouble restait très modéré. Au final, les séquelles accidentelles n'expliquaient qu'en partie l'impotence du membre supérieur. Le Parkinson expliquait également une partie de cette impotence, en particulier, les phénomènes de lâchage d'objets.

Le docteur N._____ a ensuite décrit l'activité d'un cardiologue, analysant de manière détaillée les mouvements du bras nécessaires pour la réalisation d'une échographie. Il en a conclu que cette activité ne serait pas entravée de manière substantielle, pour un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles que le

recourant, et pour autant que celui-ci procède à quelques adaptations de son cabinet et de sa méthode de travail. Les adaptations paraissaient peu importantes, mais feraient peut-être perdre un peu de temps au médecin examinateur, soit deux à trois minutes par patient. Le docteur N. _____ a décrit de façon détaillée les adaptations nécessaires.

Il n'y a aucun motif de s'écarter de cette expertise, qui répond aux critères posés par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, cette expertise est bien motivée et absente de contradiction. Le docteur N. _____ a notamment précisé, dans ses réponses du 30 mai 2016 au questionnaire complémentaire de l'intimée, que la capacité de travail était entière, ou avoisinait les 100 % en tenant compte des adaptations proposées dans son précédent rapport, et qu'il avait dans un premier temps constaté une pleine capacité de travail pour une activité à 30 %, parce qu'il s'était focalisé sur le taux d'activité présumé du recourant s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise en se fondant sur le rapport du 15 décembre 2016 du docteur D. _____. Ce rapport est toutefois particulièrement succinct, ne contient aucune constatation clinique et aucune précision relative aux limitations fonctionnelles constatées, ainsi qu'à l'origine accidentelle ou non des atteintes en question. Il est nettement insuffisant pour remettre en question la valeur probante de l'expertise litigieuse. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a aucune raison d'invalider l'expertise du docteur N. _____ au motif que son dernier examen clinique remonte au mois de mai 2015.

Bien que le recourant ne s'y réfère que pour les contester, il convient encore de discuter ici des rapports établis par le docteur J. _____. En effet, dans son rapport complémentaire du 25 novembre 2015, le médecin-conseil de l'intimée propose de constater une pleine capacité de travail pour une activité de cardiologue, huit heures par jour, avec toutefois une baisse de rendement de 50 % pour les gestes techniques. Il suggère de réaliser une analyse du poste de travail (analyse technico-financière non médicale) en vue d'établir la répartition entre

activités techniques et non techniques au lieu de travail sur la base d'une analyse détaillée de la façon de travailler de l'assuré. Toutefois, le docteur J._____ n'a procédé lui-même à aucun examen clinique du recourant et n'explique pas pour quels motifs la diminution de rendement serait de 50 % pour les gestes techniques en dépit des adaptations proposées par le docteur N._____, alors que dans son rapport précédant du 8 septembre 2015, il estimait que le temps global imparti pour l'examen de chaque patient (examen technique et phase d'entretien) était d'une heure et que les limitations provoquées pouvaient entraîner une « discrète diminution du rendement », à « chiffrer sur place ». Parler d'une « discrète diminution du rendement », pour fixer ensuite cette diminution à 50 % pour les gestes techniques, est contradictoire. Dans la mesure où le docteur J._____ n'explique pas ce qui justifierait une telle diminution, ses constatations sur ce point ne sont pas probantes et ne suffisent pas à mettre sérieusement en doute celles du docteur N._____. Au demeurant, le recourant ayant cessé son activité de cardiologue et quitté la Suisse à la fin de l'année 2014, l'analyse technico-financière et l'analyse de la façon de travailler de l'assuré, proposées par le docteur J._____, ne pourraient de toute façon plus être réalisées de manière fiable.

7. Au vu de ce qui précède, il convient de constater, sur la base de l'expertise établie par le docteur N._____ le 24 mai 2015 et de son rapport complémentaire du 30 mai 2016, qu'un assuré d'âge moyen, présentant les mêmes séquelles accidentelles que le recourant et disposant de la même formation professionnelle, pourrait travailler à 100 % comme cardiologue, sous réserve d'une légère diminution de rendement pour les gestes techniques. Cette diminution de rendement (deux à trois minutes pour l'installation lors des gestes techniques), n'entraînerait pas une diminution de la capacité de gain de 10 % au moins. Une nouvelle expertise n'est pas nécessaire pour statuer et ne modifierait pas cette appréciation, selon toute vraisemblance, au vu des moyens de preuve figurant au dossier. On admettra par conséquent que le recourant ne présente pas un taux d'invalidité de 10 % au moins qui lui ouvrirait droit à une rente d'invalidité.

8. Le recourant voit ses conclusions rejetées, de sorte qu'il ne peut pas prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA). L'intimée ne peut pas davantage y prétendre, en sa qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143). La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 juillet 2017 par G._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Christian Dénériaz (pour M._____)
- Me Christian Grosjean (pour G._____)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :