

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mars 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 4 et 61 let. c LPGA ; 6, 18 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 11 et 36 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme mécanicien auprès de E. \_\_\_\_\_ SA à [...], société dont il est le seul administrateur, et était, à ce titre, obligatoirement assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**b)** Le 31 août 2011, l'assuré a été victime d'une luxation acromio-claviculaire de l'épaule droite après une chute à vélo et il s'est soumis à un transfert et plastie ligamentaire selon Weaver-Dunn le 24 octobre 2011.

La CNA a pris le cas en charge.

**c)** Le 10 mars 2012, l'intéressé a subi un accident de ski dans les suites duquel il s'est soumis à une réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, synovectomie partielle, ténotomie long chef du biceps, et acromioplastie par arthroscopie de l'épaule droite le 9 octobre 2012.

La CNA a pris le cas en charge.

**d)** Le 27 janvier 2017, l'assuré a annoncé une atteinte / rechute à l'épaule droite. En raison du diagnostic de status post plastie ligamentaire selon Weaver-Dunn le 24 octobre 2011 avec lâchage de la plastie, épaule droite, il a bénéficié d'une réduction ouverte acromio-claviculaire par Twin Tail Tightrope System de l'épaule droite le 29 août 2017.

L'intéressé a eu en outre une fracture ouverte à l'avant-bras en lien avec un accident professionnel du 18 septembre 2018 (sinistre [...]).

Dans l'intervalle, la CNA a alloué ses prestations légales d'assurance pour les suites de cette atteinte / rechute (courrier du 10 avril 2017).

L'évolution favorable post intervention du 29 août 2017 a permis la mise en œuvre de la physiothérapie, avec une reprise du travail à 10 % le 4 décembre 2017, à 20 % le 5 février 2018, puis à 50 % le 2 juillet 2018 (rapports de consultations des 24 octobre et 30 novembre 2017 ainsi que des 31 janvier, 26 mars, 15 juin et 4 septembre 2018 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

L'assuré a fait l'objet d'une appréciation médicale par la Dre Q.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, le 5 juillet 2018, puis le 3 septembre 2018, qui a retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de mouvement répété et prolongé au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements en porte-à-faux du MSD (membre supérieur droit), pas de port de charges supérieures à 10 kilos du sol à la taille, pas de port de charges répété de plus de 7.5 kilos de la taille aux épaules et pas de port de charges répété de plus de 5 kilos au-dessus des épaules. Elle a estimé que, dans une activité parfaitement adaptée, la « capacité de travail serait d'ores et déjà entière, sans diminution ». Toutefois dès lors que la situation n'était pas encore stabilisée et qu'une évolution positive pouvait être escomptée, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a proposé d'attendre six mois.

Le 2 avril 2019, aux termes d'un rapport de consultation très succinct, le Dr B.\_\_\_\_\_ s'est exprimé comme suit :

“J'ai eu le plaisir de revoir le patient susmentionné à ma consultation du 1<sup>er</sup> avril 2019.

**Diagnostic :**

- ▶ **s/p réduction ouverte acromio-claviculaire par Twin Tail Tightrope System, épaule D, le 29 août 2017.**

**Evolution :** L'évolution est un stagnante depuis le dernier contrôle.

**Status :** Abduction 150°. Flexion 150°. Rotation externe 50°. Bonne force.

**Suites :**

- ▶ Le patient devra être reconvoqué par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, ce qui a été prévu. A noter qu'il ne pourra pas reprendre son travail à plus de 50%.
- ▶ Arrêt de travail à 100% depuis le 29 août 2017. Reprise à 10% le 4 décembre 2017. Reprise à 20% le 5 février 2018. Reprise à 50% le 2 juillet 2018.

Je n'ai pas prévu de revoir le patient mais il sera réévalué encore une fois par la SUVA après la consultation."

Le 29 mai 2019, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a fait un rapport d'examen final. Subjectivement, au niveau de l'épaule droite, l'assuré présentait toujours des douleurs constantes de 3 à 5/10 qui augmentaient. S'il utilisait son bras au-dessus de l'horizontale ou en porte-à-faux ou portait des charges, ses douleurs pouvaient atteindre une intensité jusqu'à 8-9/10. Aux dires de l'intéressé, il ne pouvait plus porter de poids au-dessus de son épaule. Il mentionnait également au niveau de son poignet gauche et de sa main gauche, une sensibilité augmentée au froid et une baisse de la sensibilité de son pouce gauche, précisant que la fonction était bonne, et que l'intéressé était très content de ce qu'il avait récupéré. Objectivement, la Dre Q.\_\_\_\_\_ constatait une absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire ou du bras droit. La mobilité de l'épaule droite était un peu diminuée dans toutes les amplitudes avec une force diminuée de moitié par rapport à la gauche et une fatigue mesurable au dynamomètre de Jamar puisque les valeurs diminuaient de manière progressive, malgré une bonne participation de l'assuré. Au niveau du poignet gauche, la mobilité était excellente avec une absence de diminution de force et uniquement une petite diminution de la sensibilité du pouce gauche et au niveau de la cicatrice. Du point de vue médical, la situation était stabilisée au niveau du poignet gauche sans séquelle ni limitation fonctionnelle en lien avec l'événement du 18 septembre 2018. La situation était également stabilisée en ce qui concernait l'épaule droite, sans geste chirurgical à proposer, seul un traitement antidouleur étant encore nécessaire. Ce rapport d'examen médical se termine comme suit :

“On peut donc retenir, uniquement pour l'épaule D [droite], les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés prolongés au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements en porte-à-faux du MSD [membre supérieur droit], pas de port de charges au-dessus de l'horizontale avec le MSD, pas de port de charges répété supérieures à 10-15 kg les bras en bas et avec les deux mains.

Dans une activité adaptée, respectant strictement les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière, sans diminution de rendement.

Dans son activité actuelle de mécanicien, même dans un poste partiellement adapté, la capacité de travail n'excède pas 50 %.

Dans une activité de mécanicien salarié, l'activité ne serait plus exigible car la capacité de travail peut être considérée comme nulle de manière définitive. [...]"

L'atteinte à l'intégrité a été estimée le 28 mai 2019 par la Dre Q.\_\_\_\_\_. Elle a constaté des douleurs de l'épaule droite persistantes dans les suites d'une collision à ski en mars 2012 ayant nécessité une réparation du tendon du sus-épineux par technique double rangée, synovectomie partielle, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie par arthroscopie de l'épaule droite le 9 octobre 2012 et dans les suites d'une luxation acromio-claviculaire stade II Rockwood de l'épaule droite le 31 août 2011 suite à une chute à vélo ayant nécessité une plastie ligamentaire selon Weaver-Dunn de l'épaule droite le 24 octobre 2011. Puis elle a noté un lâchage de la plastie ayant nécessité une stabilisation acromio-claviculaire avec technique système Arthrex et réduction ouverte acromio-claviculaire le 29 août 2017. Elle a évalué le taux d'atteinte à l'intégrité à 7.5 %. Elle s'est référée à la table 1 (Révision 2000) des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs (référence 2870/1.f-2000) indiquant qu'une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale correspond à un taux d'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité) de 10 % alors qu'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale correspond à un taux d'IPAI de 15 %. Elle a relevé qu'il y est également indiqué qu'une périarthrite scapulo-humérale légère correspond à un taux d'IPAI de 0 % et moyenne à 10 %. Dans la présente situation, elle a considéré que l'épaule était mobile environ jusqu'à 135-140° ce qui correspondait à un taux d'IPAI de 7.5 % ou qui était équivalent

par analogie à une périarthrite scapulo-humérale légère à moyenne mais plutôt proche du moyen.

Le 21 juin 2019, l'employeur a informé la CNA que sans atteinte à la santé, le revenu mensuel brut de l'assuré se serait élevé à 6'000 fr. en 2019 (pièce 169).

Le 19 juillet 2019, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle mettrait fin à la prise en charge du traitement et aux indemnités journalières au 31 août 2019. Elle statuerait ultérieurement sur le droit à la rente ainsi que sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle l'intéressé avait droit.

Après avoir procédé aux mesures d'instruction idoines (pièces 172 et 175), la CNA a, par décision du 26 juillet 2019, alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 10 %, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2019, compte tenu d'une diminution de sa capacité de gain résultant des séquelles de l'accident du 31 août 2011. Les limitations fonctionnelles retenues consistaient en une activité sans port de charges au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit, sans port répété de charges de plus de 10 à 15 kilos les bras en bas et avec les deux mains, ni mouvements répétés prolongés au-dessus de l'horizontale ou en porte-à-faux du membre supérieur droit. Conformément à l'art. 16 LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il résultait un taux d'invalidité de 10 % de la comparaison entre le revenu sans invalidité (72'000 fr.) et celui d'invalidité (64'462 fr.), calculé en 2016 sur la base des données statistiques de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), niveau de compétence 2 et adapté à la durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique indexé en 2017, 2018 et 2019 ainsi que sous la déduction de 10 % d'abattement pour tenir compte des limitations fonctionnelles. La CNA a par ailleurs alloué à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 9'450 fr. (taux de diminution de l'intégrité de 7.5 %), sur la base d'un gain assuré de 126'000 fr. en 2011. Cette prestation a été versée le jour même à son bénéficiaire.

A l'appui de son opposition formée le 30 août 2019 contre cette décision, l'assuré demandait à la CNA une réévaluation des prestations avec un nouvel examen médical.

Par décision du 13 septembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 26 juillet 2019.

**B.**           **a)** Par acte déposé le 30 septembre 2019 (timbre postal), A. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une rente plus élevée lui est octroyée. En substance, il critique les investigations menées sur le plan médical en niant la stabilisation de son état de santé et la capacité de travail retenue, avec la précision qu'« étant garagiste, [il n'est] même plus capable de lever une roue de voiture ». Il conteste en outre le taux de la rente d'invalidité LAA de 10 % allouée par la CNA depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2019.

**b)** Dans sa réponse du 29 octobre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, estimant que les critiques du recourant ne sont pas susceptibles de modifier sa position.

### **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 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). 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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents supérieure à 10 %, en particulier sur la capacité de travail.

**b)** On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références citées).

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**b)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 ; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C\_589/2017 du 21 février 2018 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 2).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2 et les références citées).

**c)** Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al.

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

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier

l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

**e)** Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4. a)** En l'espèce, il convient de préciser d'emblée que l'existence d'une atteinte, d'un accident avec rechute et d'un rapport de causalité sont admis par les parties.

En ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, le recourant semble contester l'évaluation médicale de la Dre Q.\_\_\_\_\_, selon laquelle, la capacité de travail est totale dans une activité adaptée au handicap physique de l'intéressé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2019. Ce faisant, il semble réfuter tant la stabilisation de son état de santé à cette date que la pleine capacité de travail retenue.

**b)** Il convient de constater que, sur le plan médical, les examens de la Dre Q.\_\_\_\_\_, sont complets, circonstanciés et ses conclusions sont motivées. En effet, après avoir fait l'objet d'une appréciation médicale par la médecin-conseil de la CNA le 5 juillet, puis le 3 septembre 2018, où il a été constaté que la situation n'était pas encore stabilisée et qu'une évolution positive pouvait être attendue dans un délai de six mois, l'assuré a été examiné le 28 mai 2019 par la Dre Q.\_\_\_\_\_. Dans son rapport d'examen final du 29 mai 2019 (pièce 167), elle a indiqué que subjectivement, au niveau de l'épaule droite, l'assuré présentait toujours des douleurs constantes de 3 à 5/10 qui augmentaient. S'il utilisait son bras au-dessus de l'horizontale ou en porte-à-faux ou portait des charges, ses douleurs pouvaient atteindre une intensité jusqu'à 8-9/10. Aux dires de l'intéressé, il ne pouvait plus porter de poids au-dessus de son épaule. Il mentionnait également au niveau de son poignet gauche et de sa main gauche, une sensibilité augmentée au froid et une baisse de la sensibilité de son pouce gauche, précisant que la fonction était bonne et que l'intéressé était très content de ce qu'il avait récupéré. Objectivement, cette praticienne a observé notamment une absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire ou du bras droit, la mobilité de l'épaule droite était un peu diminuée dans toutes les amplitudes avec une force diminuée de moitié par rapport à la gauche et une fatigue mesurable au dynamomètre de Jamar (les valeurs diminuaient, malgré une bonne participation de l'intéressé, de manière progressive). Au niveau du poignet gauche, la mobilité était excellente avec une absence de diminution de force et uniquement une petite diminution de la sensibilité du pouce gauche et au niveau de la cicatrice. En ce qui concernait l'épaule droite, la situation était également stabilisée, sans intervention chirurgicale à proposer, seul le traitement antidouleur étant encore nécessaire. Sur la base de ses constatations cliniques, la médecin-conseil de la CNA a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés prolongés au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements en porte-à-faux du MSD (membre supérieur droit), pas de port de charges au-dessus de l'horizontale avec le MSD, pas de port de charges répété supérieures à 10-15 kg les bras en bas et avec les deux mains. La Dre Q.\_\_\_\_\_ a estimé que, dans une activité adaptée, respectant strictement

les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement. Dans l'activité habituelle de mécanicien, même dans un poste partiellement adapté, elle a estimé que la capacité de travail n'excédait pas 50 %. Dans une activité de mécanicien salarié, elle a constaté que l'activité ne serait plus exigible car la capacité de travail pouvait être considérée comme nulle de manière définitive.

On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de la Dre Q.\_\_\_\_\_, dont les appréciations médicales successives, et notamment l'examen du 28 mai 2019, remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3d et 3e supra). Le rapport d'examen final du 29 mai 2019 est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait l'objet d'une étude fouillée, se fonde sur des examens complets et fait état des plaintes exprimées par le recourant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). La description des interférences médicales est claire et, enfin, il aboutit à des conclusions médicales motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies.

La stabilisation de l'état de santé ressort des rapports médicaux de la Dre Q.\_\_\_\_\_ et du médecin traitant. Lors de sa consultation du 1<sup>er</sup> avril 2019, le Dr B.\_\_\_\_\_ a noté une évolution stagnante, sans nouvelle consultation de prévue hormis l'examen final prévu par sa consœur. Le médecin traitant ne pose en effet pas de nouveau diagnostic, avec au status clinique, une abduction à 150°, une flexion à 150°, une rotation externe à 50° et une bonne force de l'épaule droite. Concernant la capacité de travail, le Dr B.\_\_\_\_\_ indique uniquement que l'intéressé n'est pas apte à reprendre son ancien travail de mécanicien à un taux supérieur à 50 %.

S'agissant de la capacité de travail, les quelques rapports du médecin traitant sont très laconiques et pas motivés pour ce qui concerne la capacité de travail, qui n'a pas fait l'objet d'une véritable évaluation par le Dr B.\_\_\_\_\_. De son côté, le recourant ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de

l'examen final du 28 mai 2019 ni ne produit aucun autre document médical pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. L'évaluation faite par la Dre Q.\_\_\_\_\_ est fondée sur des éléments objectifs. Elle a en effet fixé les limitations fonctionnelles après un examen clinique, une étude du dossier médical et la prise en compte des plaintes de l'assuré. Les limitations fonctionnelles retenues ne sont pas contestées par le recourant qui indique simplement ne pas pouvoir lever une roue de voiture. Or, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a tenu compte de ce fait dans la détermination des restrictions fonctionnelles et en considérant que l'intéressé ne disposait plus que d'une capacité de travail de 50 % dans son ancienne activité de mécanicien indépendant, voire aucune capacité de travail s'il devait l'exercer en tant que salarié. La capacité de travail fixée à 100 % par la Dre Q.\_\_\_\_\_ concerne une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dès lors que la capacité de travail dans l'activité habituelle n'est que de 50 %, on est en droit d'exiger du recourant qu'il réduise le dommage résultant de l'invalidité en exerçant une activité adaptée à 100 % (ATF 117 V 275 consid. 2b et les références citées).

**c)** Rien au dossier ne permet de remettre en cause ce point de vue. L'avis médical de l'intimée est donc bien motivé et corroboré par les autres éléments; il a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le rapport très succinct du 2 avril 2019 du Dr B.\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à mettre en doute les constatations et conclusions de la médecin-conseil de la CNA. La capacité de travail entière dans une activité adaptée au handicap physique du recourant doit être admise et elle est exigible dès le 1<sup>er</sup> septembre 2019 compte tenu de la stabilisation de l'état de santé à tout le moins à cette date. Le grief est mal fondé et doit être rejeté.

**d)** Pour le reste, c'est à juste titre que l'intimée a procédé à une comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPGA). Le recourant ne formulant au demeurant aucun grief sur les revenus avec (64'462 fr.) et sans invalidité (72'000 fr.) retenus, il n'y a pas lieu de s'en écarter dès lors que l'abattement retenu sur celui d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles s'avère conforme à la jurisprudence (ATF 124 V

321 consid. 3b/bb ; TF 8C\_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.1). Compte tenu de l'âge du recourant, les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen, avec les mêmes atteintes à la santé, pourrait réaliser (art. 28 al. 4 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). *In casu*, la comparaison des revenus laisse apparaître une perte de gain de 10.46 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 10 % (cf. consid. 3c supra).

**e)** Aussi y a-t-il lieu de constater que l'évaluation de la capacité de travail et du degré d'invalidité de l'intimée dans sa décision est conforme au droit et peut être confirmée.

**5. a)** Le recourant ne formule aucun grief sur l'estimation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle il a droit.

**b)** Par ailleurs, l'intimée a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base des constatations de la Dre Q.\_\_\_\_\_, lesquelles sont complètes et convaincantes. L'intimée n'a nullement abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant, sur la base de l'appréciation de la médecin d'arrondissement, que le recourant pouvait prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 7.5 % (cf. art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 et 2 OLAA et annexe 3 ch. 1 al. 2 OLAA ; ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision attaquée sur ce point également.

**6. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 13 septembre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- A. \_\_\_\_\_,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :