

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 avril 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Dormond-Béguelin et Manasseh-Zumbrunnen,
assesseures

Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant,

et

X. _____ **SA**, à [...], intimé.

Art. 24 LAA ; art. 36 OLAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 195[...], travaillait en qualité de manœuvre pour K._____. Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de X._____ SA (ci-après : X._____ SA ou l'intimée).

Le 12 mai 2018, l'assuré a glissé dans les escaliers, ce qui a entraîné une blessure à l'épaule droite (déclaration d'accident du 24 mai 2018).

Dans son rapport à X._____ SA du 1^{er} juin 2018, la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle a prodigué les premiers soins à l'assuré, a fait état d'une bursite sous-acromiale et d'une déchirure du tendon sous-scapulaire consécutive à l'évènement du 12 mai 2018.

X._____ SA a pris en charge le cas (courrier du 11 juin 2018).

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite du 4 juin 2018 réalisée par le Dr S._____, spécialiste en radiologie, a exclu une déchirure transfixiante du sus-épineux, mais a mis en évidence un signe de déchirure partielle de la zone insertionnelle, une atteinte chronique avec géodes insertionnelles au niveau du sub-scapulaire, des tendons supra et infra-épineux, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire. Il a précisé que, malgré la réalisation répétée d'acquisitions, la qualité de l'examen était suboptimale chez un patient algique qui se mobilisait durant l'examen.

Dans un rapport du 14 août 2018, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de déchirure sous-transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite. Il a fait savoir qu'une prise en charge chirurgicale avec une arthroscopie et une reconstruction du tendon sus-épineux était planifiée.

Le 4 septembre 2018, le Dr W._____ a réalisé une arthroscopie de l'épaule droite avec suture du tendon sous-scapulaire et sus-épineux, ténotomie du biceps, acromioplastie et coracoplastie.

Dans un rapport du 23 octobre 2018 à X._____ SA, le Dr W._____ a fait savoir qu'il suspectait un syndrome du canal carpien de la main droite et qu'il avait demandé une évaluation neurologique. S'agissant du status post-opératoire, le chirurgien traitant a relevé ce qui suit :

« **Status :**

Les cicatrices sont calmes et SP [sans particularité].

Nous avons fait quelques exercices passifs et actifs assistés ensemble aujourd'hui. Le patient a une amplitude passive de 90° d'abduction et de flexion, 30° de rotation externe et une rotation interne encore assez limitée.

Le status neurovasculaire du membre supérieur est SP à part des paresthésies au niveau du nerf médian de la main droite qui est assez spécifique pour le nerf médian. Le test Tinel est positif sur le nerf médian au niveau du tunnel carpien. Le test Phalen accentué est SP. Le patient me dit aussi ce jour qu'il est réveillé pendant la nuit à cause des fourmillements dans les doigts sous innervation du nerf médian. »

Le 28 novembre 2018, K._____ a licencié l'assuré pour le 28 février 2019.

L'assuré a consulté le Dr Y._____, spécialiste en neurologie. Dans ses rapports au Dr W._____ des 13 novembre et 4 décembre 2018, ce neurologue a relevé des limitations dans les mouvements de rotation et d'élévation dans le contexte de la rééducation de l'épaule. Le Dr Y._____ a décrit son examen neurologique en ces termes (rapport du 13 novembre 2018) :

« **EXAMEN NEUROLOGIQUE CIBLÉ**

Patient collaborant.

Au niveau de la main, il n'y a pas d'amyotrophie significative des éminences thénar ou de la musculature intrinsèque des mains. La musculature des avant-bras est préservée.

Au testing musculaire, il n'y a pas de franche parésie objectivable tout en sachant que le patient présente une position antalgique du membre supérieur droit et que je n'ai ainsi pas pu tester la force proximale. Les réflexes ostéotendineux bicipitaux, stylo-radiaux et tricipitaux sont vifs et symétriques. (...).

Hypoesthésie touchant les trois premiers doigts de la main droite sans extension proximale significative. »

Dans un rapport du 18 avril 2019 à la Dre I._____, le Dr W._____ a décrit le status comme il suit :

« **Status :**

Epaule droite : signes persistants d'une capsulite rétractile avec 90° de flexion/70° d'abduction/RE : 30°/RI : jusqu'au sacrum.

Les tests pour les tendons de la coiffe des rotateurs sont tenus.

Canal carpien droit : le patient se plaint de vives douleurs aussi pendant la nuit. Il avait reçu une attelle qui aide pendant la nuit.

Le test de Phalen est positif avec des paresthésies augmentées. »

En raison des troubles sensitifs, le Dr Y._____ a commandé une IRM de la colonne cervicale (cf. rapport du 21 mai 2019). L'examen en question a été réalisé le 29 mai 2019 par le Dr D._____, spécialiste en radiologie. Ce dernier conclut à une protrusion disco-ostéophytaire C6-C7 entraînant un conflit sur l'émergence la racine C7 du côté droit possiblement responsable de la symptomatologie douloureuse.

Dans un rapport à la Dre I._____ du 3 juin 2019, le Dr W._____ a noté, en ce qui concernait l'évolution de l'épaule de l'assuré, une légère amélioration des douleurs et de l'amplitude active qui est toujours limitée avec une certaine raideur.

Dans un rapport à la Dre I._____ du 9 juillet 2019, le Dr W._____ a décrit le status en ces termes :

« Status : Amplitudes passives : Flex : 170° / Abduction : 150° / RI : rachis lombaire / RE : 45°. Amplitudes actives : Flex / abduction : douleurs à 90°, difficile à examiner, comme le patient se plaint de douleurs. »

Le 12 juillet 2019, l'assuré a bénéficié d'une IRM de l'épaule droite. Dans son rapport du même jour, le Dr S. _____ a conclu à une bonne fixation post-opératoire de la distalité des tendons sub-scapulaire et sus-épineux (Sugaya type 2) et à des déchirures non transfixiantes du tendon du sus-épineux.

Le 6 août 2019, le Dr W. _____ a réalisé une cure d'un canal carpien droit, laquelle n'a pas été prise en charge par X. _____ SA au titre de l'assurance-accidents.

Dans un rapport du 12 septembre 2019 au Dr Y. _____, le Dr W. _____ a décrit le status suivant :

« **Status :**

09.09.19 :

Main droite : la cicatrice est belle et SP sans signe adverse. Paresthésie subjective au niveau de la face palmaire du pouce, de l'index, du majeur et de l'annulaire de la main droite.

Epaule droite : impossible d'examiner le patient, qui commence à faire des grimaces lors d'un examen passif et actif de l'épaule droite. Il apparaît que l'épaule est raide en ce qui concerne une flexion au-dessus de 120° et en ce qui concerne une abduction au-dessus de 90°. Un examen spécifié n'est pas possible.

Le test de Jobe est tenu contre la gravité et contre une résistance assez forte externe lors de l'examen du jour. »

L'assuré a consulté le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport au Dr W. _____ du 1^{er} novembre 2019, le Dr L. _____ a suspecté un Sudeck, excluant un lien avec la colonne cervicale à première vue. A l'examen clinique, il a observé ce qui suit :

« Testing de la force impossible car il a un M4 diffus dans les membres supérieurs. Au niveau de la main, hypoesthésie sur la face palmaire de la main et des trois premiers doigts, non dorsal. A la mobilisation passive de l'épaule, il peut gagner 20 à 30° dans toutes les amplitudes.

Réflexes présents en tricipital et bicipital. Je suis surpris par une main droite qui est transpirante, légèrement bleutée et froide par rapport à la main gauche.

La mobilisation de la colonne cervicale est complète avec une rotation droite/gauche à 70-0-70, flexion/extension 0-18. Lhermitte et Spürling négatifs. »

Le Dr W._____ a adressé son patient au Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans un rapport du 22 janvier 2020, le Dr M._____ a retenu qu'un diagnostic de Sudeck lui semblait « assez peu probable ». Il a décrit comme il suit l'examen clinique de l'assuré :

« Examen du rachis cervical :

Mobilités globalement conservées. Pas de douleur à la palpation de la musculature paravertébrale cervicale, ni d'hypertonie localisée. L'appui sur les apophyses épineuses est indolore.

Examen des épaules :

Inspection : pas de signe inflammatoire, les cicatrices opératoires sont propres et calmes.

Discrète amyotrophie du muscle supra-épineux à droite.

Palpation : douleur assez diffuse à la palpation au niveau de l'épaule droite.

Mobilités : Flexion : 100/160. Abduction : 95/140. Rotation externe : 45/60. Rotation interne : L3/T10.

Testing de coiffe : le Jobe semble bien tenu et légèrement sensible à droite.

Testing de conflit : positif pour l'épaule droite.

Examen de la main droite :

Cicatrice sur la face antérieure du poignet propre et calme. Pas de signe inflammatoire ou de signe dystrophique. La mobilisation de toutes les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes est indolore et les mobilités, que ce soit du poignet et des doigts, est quasi complète et symétrique en comparaison avec l'autre main.

Examen neurologique :

Réflexes ostéo-tendineux normaux, vifs et symétriques. Troubles de la sensibilité (dysthésie) à la face palmaire des trois premiers doigts à la main droite. La force est conservée aux quatre membres. »

Dans un rapport du 26 février 2020 au Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de X._____ SA, le Dr W._____ a indiqué que, dix mois après l'intervention, l'IRM (n.d.r. : du 12 juillet 2019) montrait des déchirures partielles articulaires du tendon supra-épineux sans indication chirurgicale. Il a fait savoir que son patient souffrait d'une douleur au niveau

de l'épaule droite, de brachio-cervicalgies associées à des douleurs irradiant jusqu'à la main droite. Il a conclu à la présence de brachio-cervicalgies droites chroniques d'origines complexes et mixtes depuis presque deux ans. Pour le chirurgien traitant, les douleurs persistantes et les symptômes de son patient étaient multifactoriels, les déchirures partielles articulaires visibles sur l'IRM du 12 juillet 2019 n'expliquant pas la symptomatologie du patient. Il a décrit une évolution générale qui n'était pas favorable dans un contexte socio-économique et psychologique difficile. Le Dr W. _____ a précisé que son patient avait dernièrement noté que son épaule droite allait mieux. Selon ce médecin, il était « *difficile de distinguer entre une cause accidentelle de la symptomatologie du patient et entre une certaine somatisation d'origine multifactorielle* ».

Dans un rapport du 12 mai 2020, le Dr M. _____ a décrit l'examen de l'épaule droite en ces termes :

« L'état de R. _____ est stationnaire avec des douleurs persistantes malgré les dernières modifications du traitement avec notamment une augmentation de la dose de LYRICA à 300 mg/j.

L'examen de l'épaule droite objective des mobilités limitées à 100° en flexion et à 90° en abduction. La rotation externe est à 45° versus 60° à gauche. La rotation interne est de 25° à droite versus T10 à gauche. »

Le 3 septembre 2020, le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré à la demande du Dr M. _____. Il a décrit son examen clinique en ces termes :

« A l'examen de la nuque, on note une nuque de mobilité limitée, sans provocation de douleurs ou de paresthésies.

A l'examen des membres supérieurs, on note une importante limitation de la mobilité de l'épaule droite, dont la tentative de mobilisation déclenche d'importantes douleurs le long du membre supérieur droit. Les manœuvres à la recherche d'un TOS sont bilatéralement négatives. La recherche du signe de Tinel sur le nerf médian au niveau du canal carpien et la manœuvre de Phalen sont apparemment négatives ddc. L'examen du nerf ulnaire au passage du coude révèle un nerf bilatéralement luxable mais sans sensibilité ni franc signe de Tinel. La trophicité musculaire paraît préservée et symétrique. Les réflexes tendineux sont présents, normovifs et symétriques. Le testing de la force musculaire est caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés au niveau du membre supérieur

droit, sans topographie franchement tronculaire ou radiculaire. Il n'y a pas de troubles moteurs au niveau du membre supérieur gauche. A l'examen de la sensibilité, le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse plus ou moins globale du membre supérieur droit, prédominant sur le dos et la paume des 3 premiers rayons. »

Le Dr F. _____ a conclu à la persistance d'une atteinte modérée du nerf médian droit au niveau du canal carpien, sans menace fonctionnelle et à l'absence persistante de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur droit où le neurologue notait des traces à basse fréquence, mais normalement riches pour la qualité d'effort obtenue cliniquement. Il a apprécié le cas en ces termes :

« Il s'agit donc d'un patient se plaignant depuis une chute intervenue le 12.05.2018 d'une limitation douloureuse persistante de la mobilité de l'épaule droite malgré une arthroscopie thérapeutique et de troubles sensitifs au niveau des 3 premiers rayons malgré une cure de tunnel carpien.

En résumé, l'examen que j'ai pratiqué est globalement superposable à ceux du Dr Y. _____, révélant une nuque de mobilité modérément limitée mais sans provocation de douleurs ou de paresthésies, une importante limitation de la mobilité de l'épaule droite, des phénomènes de lâchages au testing de la force musculaire du membre supérieur droit dans la plupart des groupes musculaires contrastant avec une bonne préservation de la trophicité musculaire des réflexes tendineux. A cela s'ajoute toujours une hypoesthésie tactile et douloureuse paraissant maintenant intéresser plus ou moins l'ensemble du membre supérieur droit mais prédominant toujours sur les 3 premiers rayons (face palmaire et dorsale, ce qui est inhabituel pour une atteinte du nerf médian).

J'ai répété l'ENMG. Cet examen est en tous points superposable à ceux effectués par le Dr Y. _____, montrant la persistance d'une atteinte modérée du nerf médian droit au niveau du canal carpien, caractérisée par un allongement modéré de la latence distale motrice et sensitive et un ralentissement modéré de la vitesse de conduction sensitive paume/poignet. L'étude myographique du membre supérieur droit ne révèle toujours pas de signes d'atteinte neurogène périphérique certains, avec l'absence de signes de dénervation spontanés et des tracés aux mouvements faits de bouffées intermédiaires normalement riches pour la qualité d'effort obtenu cliniquement.

J'ai également pris note du résultat de l'IRM cervicale, révélant une possible compression radiculaire C7 par un processus disco-ostéophyttaire.

Au terme du présent bilan, s'il est indubitable que ce patient présente toujours une atteinte modérée du nerf médian droit au niveau du canal carpien ainsi qu'une possible compression radiculaire C7 droit sur le plan radiologique, la symptomatologie et l'examen clinique

n'apportent pas franchement d'éléments en direction d'un syndrome du tunnel carpien, de même que d'une atteinte radiculaire, notamment C7. On pourrait penser à une atteinte plexuelle brachiale mais, là-encore, les éléments sont très atypiques. »

X._____ SA a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr P._____. Dans une appréciation du 5 novembre 2020, ce dernier a conclu que le cas était stabilisé depuis longtemps, précisant qu'à la fin du mois d'août 2019 déjà, la capsulite rétractile postopératoire de l'épaule droite était pratiquement guérie et que les autres diagnostics (syndrome du tunnel carpien droit, status post-cure du tunnel carpien droit le 6 août 2019, troubles dégénératifs de la colonne cervicale, difficultés liées à l'activité professionnelle, difficultés relationnelles et familiales) étaient sans rapport avec l'accident. Il a estimé que, depuis la fin du mois de décembre 2019 en tout cas, les séquelles accidentelles ne justifiaient plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travail au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges supérieures à 10 kg et pas de mouvements répétitifs de l'épaule droite). Selon le Dr P._____, la poursuite du traitement médical n'était pas susceptible d'apporter une amélioration significative de l'état de santé. Il s'est prononcé comme il suit en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité :

« La limitation des amplitudes articulaires de l'épaule droite justifie à mon avis un taux d'atteinte à l'intégrité de 10 % maximum selon Table SUVA [n.d.r. Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents ; ci-après : la CNA], par analogie à une périarthrite scapulo-humérale moyenne. L'assuré présente un état antérieur sous forme de conflit sous-acromial avec acromion Bigliani II associé à une arthrose acromio-claviculaire (IRM du 04.06.18) et à une usure du ligament coraco-acromial, comme le montre l'arthroscopie. L'imagerie montre également des signes d'atteinte chronique au niveau de l'insertion humérale des tendons de la coiffe des rotateurs droite. Ces affections de l'articulation acromio-claviculaire et des tendons de la coiffe des rotateurs sont des affections malades de type dégénératif. Le bourrelet glénoïdien montre une lésion de type SLAP II, que le chirurgien opérateur qualifie de dégénérative lors de son examen sous arthroscopie du 04.09.18. Enfin, l'examen lors de l'arthroscopie montre une atteinte du cartilage de stade I à II au niveau de la tête humérale comme de la glène de l'épaule droite, d'origine dégénérative aussi. »

Par décision du 26 novembre 2020, X._____ SA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins

médicaux pour le 30 octobre 2020. Elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'820 fr. sur la base d'un taux de 10 % selon la table 1.1 établie par la Division médicale de la CNA en raison des séquelles à l'épaule droite.

Le 23 décembre 2020, l'assuré s'est opposé à la décision susmentionnée, indiquant qu'il existait une contradiction entre l'incapacité de travail de 100 % retenue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI) dans une procédure séparée et le taux de 10 % retenu pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par courrier du 5 janvier 2021, X. _____ SA a expliqué ce qui suit à l'assuré, lui proposant de retirer son opposition :

« Nous avons bien reçu votre courrier du 23.12.2020. Vous y faites opposition à notre décision du 26.11.2020 parce que le taux que nous avons retenu pour l'indemnité à l'atteinte à l'intégrité est de 10 % alors que l'assurance invalidité (AI) vous a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 100 %.

Ces différences de taux s'expliquent facilement : pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique LAA et le capital invalidité du complément LAA, il s'agit d'une invalidité anatomique alors que pour la rente AI, il s'agit d'une invalidité économique.

Comme précisé dans notre décision du 26.11.2020, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas liée à la perte économique entraînée par les séquelles de l'accident. Le taux de 10 % correspond à l'importance de l'atteinte à l'intégrité que vous subissez suite à l'accident (à savoir la limitation de la mobilité de votre épaule droite) calculée sur la base des tables médicales de la SUVA.

Le taux de 100 % reconnu par l'AI est en revanche une appréciation purement économique. Ce taux est en principe fixé en comparant le gain que vous pourriez obtenir dans une activité adaptée avec le gain que vous réalisez dans votre activité habituelle. En raison de votre âge et du fait que vous avez toujours travaillé comme manoeuvre à la fromagerie, l'AI a jugé des mesures de réadaptation inutiles. Elle confirme que d'un point de vue médical, il existe depuis décembre 2019 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à vos problèmes de santé. »

Par courrier du 27 août 2021, l'assuré a maintenu son opposition.

Par décision du 12 septembre 2022, X._____ SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 26 novembre 2020. Elle a indiqué que s'agissant d'une question essentiellement d'ordre médical, il convenait de renvoyer à l'appréciation de son médecin-conseil du 5 novembre 2020, lequel s'était référé à la Table 1 établie par la Division médicale de la CNA (atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs), avait tenu compte de la limitation des amplitudes articulaires de l'épaule droite et, par analogie à une périarthrite scapulo-humérale moyenne, avait fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10 %, conformément à la table précitée. Constatant que le dossier médical était complet, X._____ SA a considéré que l'assuré n'apportait aucune justification médicale à l'appui d'un taux supérieur à celui retenu par le Dr P._____.

B. Par acte du 10 octobre 2022, R._____, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 10 %. Il fait valoir que le préjudice causé par l'accident mérite plus que le taux de 10 % retenu l'intimée en raison de la sensation et du vécu au quotidien.

Dans sa réponse du 14 novembre 2022, X._____ SA a conclu au rejet du recours, se référant à la décision attaquée.

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 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. Le litige porte sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 10 %.

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. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

b) 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. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les

références citées). 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).

4. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et

permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves 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. (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Il n'est au demeurant pas lié par les faits constatés dans la décision litigieuse (JEAN MÉTRAL, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 63 ad art. 61 LPGA).

6. a) aa) En l'espèce, l'intimée a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10 % sur la base des conclusions de son médecin-conseil, le Dr P. _____. Dans son appréciation du 5 novembre 2020, celui-ci s'est référé à la table 1 établie par la Division médicale de la CNA relative aux atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs. Il a retenu un taux de 10 % par analogie à une périarthrite scapulo-humérale moyenne, en raison de la limitation des amplitudes articulaires que le recourant présente au niveau de son épaule droite.

bb) Le recourant reproche à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant et de ne pas avoir tenu compte de la perte de sensibilité dans les doigts de la main. Il estime que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être fixé à plus de 10 %.

b) aa) Il est constant que le recourant a présenté, des suites de l'accident du 12 mai 2018, des signes de déchirure partielle à l'insertion du sus-épineux de l'épaule droite (IRM du 4 juin 2018) et a bénéficié d'une arthroscopie le 4 septembre 2018 avec une IRM de contrôle satisfaisante le 12 juillet 2019. Il a en outre bénéficié d'investigations dans la sphère neurologique et d'une cure d'un canal carpien droit le 6 août 2019, laquelle

n'a pas été prise en charge par l'intimée. Le recourant ne conteste pas que la situation médicale consécutive à l'accident du 12 mai 2018 est stabilisée ni la date à laquelle le *status quo sine* est intervenu, à savoir à la fin du mois de décembre 2019 selon l'appréciation du 5 novembre 2020 du Dr P._____. C'est donc à juste titre que l'intimée a examiné si les conditions du droit de l'intéressé à une indemnité pour atteinte à l'intégrité étaient réunies et quel était le taux applicable.

bb) D'après la Table 1 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, le taux est calculé de la manière suivante pour les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs :

« Taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs

	Suva
Perte fonctionnelle totale	50 %
Epaule	
bloquée en adduction	30 %
mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale	10 %
mobile jusqu'à l'horizontale	15 %
luxation non réduite	25 %
luxation récidivante	10 %
Périarthrite scapulo-humérale	
légère	0 %
moyenne	10 %
grave	25 %

Remarque : l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité causée par la périarthrite scapulo-humérale se fonde sur l'atteinte due à une omarthrose de même gravité. »

cc) Dans son appréciation médicale du 5 novembre 2020, le Dr P._____ retient un taux d'atteinte à l'intégrité de 10% par analogie à une *périarthrite scapulo-humérale*, terminologie non spécifique qui désigne plusieurs affections de l'épaule, dont les tendinopathies de la coiffe des rotateurs et la capsulite rétractile ou épaule gelée (TESSA KERMODE, OLIVIER PASCHE, JACQUES CORNUZ, PASCAL ZUFFEREY, Epaule douloureuse : prise en charge ambulatoire in Rev Med Suisse, 2013/408 [Vol. 1], pp. 2205-2211).

Pour vérifier que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité a été calculée de manière appropriée, il convient d'examiner la mobilité de l'épaule du recourant et la gravité des séquelles accidentelles sur la base des rapports médicaux figurant au dossier.

dd) Après l'arthroscopie de l'épaule droite réalisée le 4 septembre 2018 par le Dr W._____, les médecins traitants n'ont pas relevé, au moment où la situation médicale s'est stabilisée, que l'épaule a été bloquée en deçà de l'horizontale, ce qui aurait pu permettre une indemnisation supérieure au titre de l'atteinte à l'intégrité (cf. rapports des 9 juillet et 12 septembre 2019 du Dr W._____, rapport du 1^{er} novembre 2019 du Dr L._____ et rapports des 22 janvier et 12 mai 2020 du Dr M._____).

Dans son rapport du 9 juillet 2019, le Dr W._____, a observé une flexion de 170° et une abduction de 150° alors que le *status quo sine* était presque atteint selon le Dr P._____ (cf. appréciation du 5 novembre 2020). Selon le rapport du Dr L._____ du 1^{er} novembre 2019, il est constant que le recourant pouvait gagner « 20° à 30° » dans toutes les amplitudes à la mobilisation passive de l'épaule. S'agissant du Dr M._____, il a dans un premier temps mentionné, une fois le *status quo sine* atteint, les amplitudes suivantes : « Flexion : 100/160. Abduction : 95/140 » (rapport du 22 janvier 2020). Dans son second rapport, il a noté une baisse de mobilité inexplicée avec amplitudes limitées à 100° en flexion et à 90° en abduction (rapport du 12 mai 2020). Dans ces circonstances, la rubrique de la table 1 liée aux limitations de la mobilité de l'épaule, respectivement aux luxations, n'est d'aucune aide au recourant dans la mesure où, au moment où le *status quo sine* est atteint, la mobilité est au moins supérieure à l'horizontale (rapport du 9 juillet 2019 du Dr W._____ ; rapport du 22 janvier 2020 du Dr M._____), si bien que le taux maximum qui pourrait être octroyé à ce titre serait de 10 %, soit précisément le taux retenu par le médecin-conseil de l'intimée.

Reste à examiner le degré de l'atteinte à l'intégrité par analogie avec une périarthrite scapulo-humérale.

ee) Les amplitudes relevées en particulier par le Dr M. _____ (rapports des 22 janvier et 12 mai 2020), associées à une discrète amyotrophie (rapport du 22 janvier 2020), ne permettent pas de qualifier la situation de grave dans le sens d'une analogie avec une périarthrite scapulo-humérale. En particulier, aucun médecin ne mentionne de blocage de l'épaule droite, si bien que l'analogie avec une périarthrite scapulo-humérale grave, ouvrant le droit à une indemnisation supérieure de l'atteinte à l'intégrité, ne se justifierait pas. En effet, un blocage plus important de l'épaule aurait entraîné une perte musculaire plus importante, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. De même, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr P. _____ dans son appréciation du 5 novembre 2020 ne traduisent pas une impossibilité d'utiliser le membre supérieur droit. On relève par ailleurs que, dans son rapport du 26 février 2020, le Dr W. _____ a informé le médecin-conseil de l'intimée que son patient allait mieux, ce qui ne permet pas de retenir une situation grave. L'amélioration de la situation après l'opération se constate aussi dans l'évolution du status observée par les Drs W. _____ et M. _____ après l'arthroscopie de l'épaule droite réalisée le 4 septembre 2018 et en particulier dans l'évolution favorable des amplitudes (rapports du Dr W. _____ des 23 octobre 2018, 18 avril, 3 juin, 9 juillet et 12 septembre 2019 ; voir aussi le rapport du Dr M. _____ du 22 janvier 2020).

En revanche, les médecins admettent tous une limitation de la mobilité de l'épaule, ce que le Dr P. _____ ne remet d'ailleurs pas en cause. Selon les termes du Dr W. _____ dans son rapport du 26 février 2020, il est « *difficile de distinguer entre une cause accidentelle de la symptomatologie du patient et entre une certaine somatisation d'origine multifactorielle* ». Dans ces circonstances, on doit admettre - au degré de la vraisemblance prépondérante - qu'il existe des séquelles de l'accident au niveau de l'épaule (cf. aussi IRM de l'épaule droite du 12 juillet 2019), partiellement à l'origine de la symptomatologie. On observe également que les douleurs et handicaps en question justifient des limitations fonctionnelles (pas de travail au-dessus de l'horizontale, pas de

port de charges supérieures à 10 kg et pas de mouvements répétitifs de l'épaule droite) selon l'appréciation du 5 novembre 2020 du Dr P._____. Dans ces circonstances, on ne saurait qualifier l'atteinte de légère au sens de la table 1 pour nier tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Au final, le qualificatif d'atteinte moyenne tient compte de l'ensemble des circonstances en présence d'une séquelle organique indiscutable qui ne limite cependant que partiellement l'usage de l'épaule en question. Il apparaît approprié et emporte la conviction de la Cour de céans.

ff) Quant aux atteintes arthrosiques préexistantes, elles sont d'origine dégénérative selon les propos du chirurgien ayant opéré l'assuré (cf. protocole opératoire du 4 septembre 2018 du Dr W._____; cf. aussi IRM de la colonne cervicale du 29 mai 2019), si bien qu'elles ne peuvent pas entrer en ligne de compte comme l'a - à juste titre - considéré le Dr P._____ dans son appréciation du 5 novembre 2020.

c) aa) Le recourant se prévaut également d'une perte de sensation dans les doigts de la main droite. La question de la causalité de cette atteinte peut rester ouverte pour les motifs décrits ci-après.

bb) La problématique des sensations ressenties par le recourant dans les doigts de sa main droite est documentée pour la première fois lors de la consultation initiale chez le Dr Y._____, à l'anamnèse dirigée (rapport du 13 novembre 2018). Elle ne fait pas l'objet de plaintes auparavant (cf. rapport de la Dre I._____ du 1^{er} juin 2018 ; rapport du Dr W._____ du 14 août 2018). Les deux neurologues consultés par le recourant relèvent toutefois une discrédance entre l'intensité des symptômes et la discrétion des anomalies neurologiques (rapports des 13 novembre et 4 décembre 2018 du Dr Y._____ et 3 septembre 2020 du Dr F._____), si bien que les plaintes de l'assuré doivent être relativisées. Le Dr F._____ qualifie l'hypoesthésie d'inhabituelle pour une atteinte du nerf médian (rapport du 3 septembre 2020). Il ne relève pas, à l'étude myographique du membre supérieur droit, de signes certains en faveur d'une atteinte neurogène périphérique. Il rapporte l'absence de signes de

dénervation spontanés. Enfin, le Dr F. _____ retient que les éléments en faveur d'une atteinte plexuelle seraient très atypiques.

cc) En tout état de cause, le Dr Y. _____ n'a pas constaté d'amyotrophie au niveau des doigts en question (rapport du 13 novembre 2018), ce qui montre que leur utilisation n'est pas entravée. Aucun rapport médical du dossier ne laisse sous-entendre qu'il existe une perte de fonction des doigts en question ou une atteinte neurologique les rendant inopérants au point que cela soit assimilé à une perte des doigts (table 3 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, perte d'un segment d'un membre supérieur). Par conséquent, les atteintes neurologiques ne peuvent pas être qualifiées d'importantes au sens de l'art. 24 al. 1 LAA et de l'annexe 3 à l'OLAA.

d) On constate que le Dr P. _____ a eu accès à l'ensemble des rapports médicaux et des dossiers d'imageries au dossier. L'analyse du médecin-conseil n'est fondée que sur les éléments radiologiques et cliniques observés par les médecins traitants dont il ne s'écarte pas. Il a procédé à une étude approfondie du dossier médical à sa disposition. Il a listé les plaintes du recourant qu'il a confronté aux constatations objectives des médecins l'ayant examiné et traité. Dès lors, bien étayée, son appréciation revêt une pleine valeur probante. Pour sa part, le recourant n'apporte pas d'éléments médicaux qui justifieraient de s'écarter de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée et d'une analogie avec une périarthrite scapulo-humérale moyenne.

e) L'intimée était ainsi fondée à allouer au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'820 fr. sur la base d'un taux de 10 % selon la table 1 établie par la Division médicale de la CNA.

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 12 septembre 2022 par X. _____ SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- R. _____ (recourant),
- X. _____ SA (intimée),
- 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).

Le greffier :