

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 février 2026

Composition : M. TINGUELY, président  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Farron, assesseur  
Greffier : M. Varidel

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à H\*\*\* (France), recourant, représenté par Me Samuel Thétaz,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 et 61 let. c LPGA; 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA; 36 OLAA**

**En fait :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, père de cinq enfants nés en \*\*\*, \*\*\*, \*\*\* et \*\*\*, ressortissant français au bénéfice d'un statut de travailleur frontalier, exerçait depuis le 1<sup>er</sup> mai 2015 une activité de maçon-grutier auprès d'A.\_\_\_\_\_ SA, à R\*\*\*, et était, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les risques d'accidents professionnels et non-professionnels.

Le 23 septembre 2021, dans le cadre de son emploi sus-évoqué, l'assuré s'est blessé sur un chantier, en glissant, puis en tombant sur une barre à mine, heurtant son épaule gauche (cf. déclaration de sinistre LAA du 5 octobre 2021).

**B.** Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche du 27 septembre 2021, le Dr D.\_\_\_\_\_, radiologue à B\*\*\* (France), a fait état d'une suspicion de lésion fissuraire proximale sur l'insertion du tendon du supra-épineux sans rétractation du tendon avec bursite sous-acromiale.

Par courrier du 7 octobre 2021, la CNA a annoncé prendre en charge le cas, par le versement d'indemnités journalières et le paiement de frais de traitement.

Dans un certificat médical du 7 décembre 2021, le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologue à P\*\*\* (France), a fait état d'une rupture traumatique de la coiffe de l'épaule gauche.

Le 10 février 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le 2 mai 2022, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale, effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_, à savoir une réinsertion

arthroscopique de la coiffe associée à une acromioplastie de décompression étendue à l'acromio-claviculaire et une ténotomie de la longue portion du biceps (cf. compte-rendu opératoire du Dr F. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2022).

Selon une note d'entretien téléphonique entre la CNA et l'employeur datée du 9 novembre 2022, l'assuré avait pu reprendre le travail à plein temps dès le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

Par déclaration de sinistre LAA du 13 juin 2023, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute survenue le 11 mai précédent.

Par courrier du 15 juin 2023, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle allait examiner son obligation de prester et qu'elle mettait préventivement fin aux prestations à compter du 10 mai 2023.

Dans un rapport de radiographie des deux épaules du 22 mai 2023, la Dre G. \_\_\_\_\_, radiologue à P\*\*\* (France), a constaté la présence d'une omarthrose du côté droit, d'une tendinopathie du tendon du supraépineux sans franche rupture, d'un clivage du tendon de l'infraépineux droit, ainsi que d'une bursite sous acromiodeltoïdienne bilatérale.

Dans une appréciation médicale du 27 juillet 2023, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA, a estimé que la nouvelle incapacité de travail attestée dès le 11 mai 2023 était probablement imputable à l'événement du 23 septembre 2021.

Dans un rapport intermédiaire du 16 août 2023, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin généraliste à H\*\*\* (France) et médecin traitant, a fait état d'un diagnostic de reprise de douleurs de l'épaule gauche, opérée à la suite de l'accident du 23 septembre 2021.

Dans un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 22 août 2023, le Dr L. \_\_\_\_\_, radiologue à P\*\*\* (France), est arrivé à la conclusion

qu'il n'y avait pas de rupture itérative du tendon sus-épineux. Il constatait néanmoins la présence d'une minime bursite sous-acromiale ainsi que de quelques remaniements dégénératifs de l'articulation acromioclaviculaire.

Dans une appréciation médicale du 10 novembre 2023, le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de séquelles de réinsertion de la coiffe des rotateurs, avec dyskinésie scapulo-humérale et surtout acromioclaviculaire.

Dans un rapport du 12 décembre 2023, faisant suite à une interpellation du Dr J.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que le contrôle IRM réalisé en août 2023 avait confirmé la bonne réinsertion de la coiffe des rotateurs, qui était désormais cicatrisée et étanche. L'assuré présentait pourtant toujours des douleurs à l'effort à son épaule gauche, une sensation de craquement et des douleurs inflammatoires lors du port de charges lourdes, qui l'obligeaient à reprendre un traitement antidouleur et anti-inflammatoire. Pour le praticien, il était impossible pour l'assuré de reprendre ses activités professionnelles dans la maçonnerie et un reclassement professionnel était à envisager.

Dans une nouvelle appréciation médicale du 6 janvier 2024, le Dr J.\_\_\_\_\_ a, à son tour, constaté que l'assuré n'était plus capable de reprendre ses activités professionnelles dans la maçonnerie, ni en tant que grutier, faute de traitement susceptible d'améliorer son état de santé. Les mobilités actives ne dépassaient pas l'horizontale chez un assuré disant ne pas être capable de soulever plus de 1 kg. Pour le Dr J.\_\_\_\_\_, le lien de causalité entre les atteintes de l'assuré et l'événement du 23 septembre 2021 était établi. Les limitations fonctionnelles devaient permettre un travail ne sollicitant pas le soulèvement de poids dans l'axe supérieurs à 15 kg et en élévation vers l'horizontale supérieure à 1,5 kg, pas de travail au-dessus de l'horizontale et exempt également de vibrations. Le travail exigible de l'assuré consistait dès lors en un travail léger, pouvant être exercé avec le membre supérieur droit sain. Pour le praticien, la capacité de travail de l'assuré dans une telle activité était de 100 %, sans perte de rendement. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité était évaluée à 15 % sur

la base de la table d'indemnisation n° 1, compte tenu de troubles fonctionnels des membres supérieurs, avec épaules mobiles jusqu'à l'horizontale.

Par courrier du 22 janvier 2024, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des frais médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2024 au soir. Elle a considéré qu'une pleine capacité de travail restait envisageable dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr J.\_\_\_\_\_. La CNA annonçait pour le surplus qu'elle examinerait si l'assuré pourrait prétendre à d'autres prestations de sa part.

Par courrier du 12 février 2024, l'employeur de l'assuré a informé la CNA que, pour l'année 2024, son salaire soumis à l'AVS aurait été de 5'884 fr., servi treize fois l'an.

Par courrier du même jour, l'assuré, représenté par Me Sophie Guignard, avocate à Genève, a sollicité de la CNA qu'elle rende une décision formelle, contestable par la voie de l'opposition.

Selon un document daté du 5 mars 2024, la CNA a procédé au calcul du taux d'invalidité, en retenant un revenu sans invalidité de 76'492 fr., respectivement un revenu avec invalidité de 65'050 francs. Ce dernier montant était calculé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020 (branche économique : 00-96 total, niveau de compétence 1), indexé pour 2024, en appliquant un abattement de 5 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles retenues et de la situation de l'assuré. Il ressortait, de la comparaison des revenus susmentionnés, un taux d'invalidité de 14,96 %, arrondi à 15 %.

Par décision du 14 mars 2024, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, basée sur un taux d'invalidité de 15 %, à compter 1<sup>er</sup> février 2024. Elle lui en outre alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 22'230 fr., correspondant à une diminution de l'intégrité de 15 %.

Par pli du 10 avril 2024, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée, en arguant notamment que son état s'était dégradé. Il a produit un rapport du 5 avril 2024 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine orthopédique et sportive, à V\*\*\* (France), selon lequel il existait « une limitation très importante au niveau de l'élévation antérieur (sic) et abduction avec une rotation interne figée ». Le praticien mentionnait, par ailleurs, des taux d'invalidité de 23 %, respectivement de 35 %, en référence à des barèmes appliqués en France.

Dans un rapport d'appréciation brève du 8 mai 2024, le Dr J. \_\_\_\_\_ a estimé que les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ s'inséraient dans un tout autre contexte médico-légal, en ce sens que ce praticien se référait aux barèmes de l'invalidité du droit français. Par ailleurs, il n'y avait aucun élément médical objectif pouvant soutenir les allégations de l'assuré, ce qui l'amenait à confirmer ses conclusions telles que formulées au terme de son appréciation du 6 janvier précédent.

Par décision sur opposition du 10 mai 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 14 mars 2024.

Par décision du 29 mai 2024, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger a rejeté la demande de prestations de l'assuré, en raison d'un taux d'invalidité de 11,25 %, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

**C.** Par acte du 17 juin 2024, B. \_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre la décision sur opposition susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme, en ce sens qu'un degré d'invalidité de 40 % au moins lui était reconnu et qu'une rente mensuelle minimale de 2'274 fr. 60 lui était versée dès le 1<sup>er</sup> février 2024, de même qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 59'280 fr., correspondant à une diminution de l'intégrité de 40 %. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Le recourant a également demandé la mise en œuvre d'une

« contre-expertise » auprès d'un expert indépendant. A l'appui de ses conclusions, le recourant, se référant en particulier au rapport du 5 avril 2024 du Dr M.\_\_\_\_\_, a contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dans la mesure où il lui était impossible de soulever le moindre poids, sauf « au prix de douleurs abominables ». Il a par ailleurs critiqué le calcul du taux d'invalidité opéré par l'intimée, en ce sens que le salaire avec invalidité devait être fixé à 50'616 fr. au maximum, alors que le revenu sans invalidité devait se monter à 85'298 fr. 50, soit le salaire brut qu'il avait perçu en 2023, selon son certificat de salaire annexé. Était également joint, notamment, une attestation du 29 février 2024 du Dr K.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 16 août 2024, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition litigieuse.

En réplique, le 18 novembre 2024, l'assuré, désormais représenté par Me Samuel Thétaz, a modifié ses conclusions en ce sens qu'un degré d'invalidité minimal de 47 % devait lui être reconnu dès le 1<sup>er</sup> février 2024 et qu'un délai lui était accordé pour compléter son écriture par la production de rapports médicaux. Pour le recourant, le salaire avec invalidité retenu par l'intimée était erroné dans la mesure où il ne faisait pas de distinction quant au domaine d'activité, alors même qu'il ne pouvait plus exercer dans certains secteurs, comme celui de la construction. Il ajoutait que, compte tenu de son absence de formation certifiée, de son manque de maîtrise du français et de ses limitations fonctionnelles, il se justifiait de se limiter aux secteurs effectifs dans lesquels il pourrait œuvrer, tel le secteur des services, ce qui devait amener l'intimée à retenir un salaire d'invalidé de 57'072 francs. Le recourant revendiquait en outre l'application d'un abattement de 20 % afin de tenir compte de son âge, de son analphabétisme, de sa nationalité et de son statut de frontalier, qui constituaient des désavantages sur le marché de l'emploi. Finalement, le recourant estimait que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique devait être fixée à 40 % au minimum, correspondant à un montant de 59'280 fr., ceci afin de tenir compte des éléments avancés par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 avril 2024.

Le 5 février 2025, l'assuré a complété sa réplique en se prévalant de rapports du 4 janvier 2025 du Dr M.\_\_\_\_\_, du 7 janvier 2025 du Dr K.\_\_\_\_\_ et du 28 janvier 2025 du Dr F.\_\_\_\_\_, également annexés.

Dupliquant le 28 mars 2025, la CNA a maintenu sa position et a produit une appréciation médicale du 18 mars 2025 du Dr J.\_\_\_\_\_ se déterminant quant aux éléments médicaux apportés par le recourant.

Dans de nouvelles déterminations du 28 avril 2025, le recourant a, à son tour, maintenu ses conclusions. Il a joint un rapport d'infiltration de l'articulation acromioclaviculaire gauche du Dr Z.\_\_\_\_\_, radiologue à P\*\*\* (France), datée du 10 février 2025, ainsi qu'une fiche d'admission d'un établissement hospitalier relative à une opération agendée au 13 octobre 2025.

Le 23 mai 2025, la CNA a derechef maintenu sa position.

### **En droit :**

**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).

Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse.

**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.** Le litige porte sur la détermination de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité auxquelles le recourant peut prétendre en vertu de la loi sur l'assurance-accidents.

**3. a)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence (déterminé selon l'art. 21 al. 1 LAVS). 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 la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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 cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

**c)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 8C\_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

**d)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**e)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**f) aa)** Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 148 V 419 consid. 5.2 et les références citées).

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

**cc)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et 6.3 ; 126 V 75).

**g)** Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1) ; est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident, et est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2). Le gain assuré selon l'art. 15 LAA ne doit pas être confondu avec le revenu sans invalidité : tandis que le premier concerne le gain déterminant pour le calcul des rentes ou indemnités journalières et est établi sur la base du salaire concret que l'assuré a gagné avant l'accident, le deuxième est décisif pour le calcul du taux d'invalidité selon l'art. 16 LPGA et est un revenu purement hypothétique, même s'il est évalué, autant que possible, sur la base des circonstances concrètes (TF 8C\_39/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.4 et les références citées).

**4.**           **a)** Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation

thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**d)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C\_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5. a)** En l'espèce, il est constant que les douleurs et les gênes fonctionnelles ressenties par le recourant à l'épaule gauche s'inscrivent en relation de causalité avec l'événement survenu le 23 septembre 2021, qui doit être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'intimée ayant d'ailleurs procédé au paiement des prestations d'assurance jusqu'au 31 janvier 2024.

Le recourant ne remet pas en cause le fait que sa situation médicale doit désormais être considérée comme stabilisée, ni que cette circonstance justifie que l'intimée examine son droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2024 ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**b)** Il conteste en revanche disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et critique le calcul des prestations auquel s'est livré l'intimée.

**6. a)** Le recourant se plaint d'abord de ce que les limitations fonctionnelles décrites par l'intimée ne correspondent pas à la réalité des lésions subies du fait de l'accident, ni ne reflètent les répercussions dont il y aurait lieu de tenir compte eu égard à sa capacité de travail.

**aa)** Se fondant sur le rapport d'examen médical du 10 novembre 2023 du Dr J.\_\_\_\_\_, ainsi que l'appréciation médicale de ce même médecin du 6 janvier 2024, l'intimée a estimé que, du fait de ses atteintes à l'épaule gauche, à savoir des séquelles de réinsertion de la coiffe des rotateurs avec dyskinésie scapulo-humérale et surtout acromio-claviculaire, le recourant n'était plus capable de reprendre ses activités professionnelles dans le secteur de la maçonnerie, ni en tant que grutier. Il disposait néanmoins encore d'une capacité de travail à 100 %, sans perte de rendement, dans une activité légère, susceptible de relever de différents secteurs du marché du travail, à condition qu'il évite le soulèvement de poids dans l'axe supérieurs à 15 kg, le soulèvement de poids en élévation vers l'horizontale supérieurs à 1.5 kg, le travail au-dessus de l'horizontale des épaules, ainsi que les tâches soumises à des vibrations.

**bb)** En procédure de recours, le recourant se prévaut de divers rapports médicaux, dont il entend principalement déduire que tout soulèvement de charges lui serait désormais impossible, sauf à lui occasionner des douleurs qu'il qualifie d'abominables.

**aaa)** Dans son rapport « d'expertise médicale » du 5 avril 2024, complété le 4 janvier 2025, le Dr M.\_\_\_\_\_ a en substance exposé que le soulèvement d'une charge de 15 kg, même dans l'axe, était impossible pour le recourant, dès lors que, même sans activité, son épaule restait douloureuse.

Se déterminant sur ce rapport, le Dr J.\_\_\_\_\_ a observé, dans son appréciation du 18 mars 2025, que l'examen auquel avait procédé le Dr M.\_\_\_\_\_ était insuffisamment complet et précis, si bien que son avis était dénué de fiabilité. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a ainsi relevé avoir, pour sa part, procédé à une évaluation de la force au moyen d'un dynamomètre de Jamar. Or, à cet examen, il subsistait une force de soulèvement, avec l'avant-bras et la main, de 26 kg. Le Dr M.\_\_\_\_\_ n'avait en outre pas fait état, contrairement au médecin-conseil, des mensurations de son avant-bras gauche, qui étaient réduites par rapport son avant-bras droit (avant-bras gauche : 32 cm ; avant-bras droit : 38 cm), ce qui montrait une amyotrophie par manque d'utilisation et ce qui, par ailleurs, laissait supposer que le recourant était enfermé dans une démarche d'autolimitation. Il était en effet clair qu'une coiffe réinsérée, même de façon satisfaisante, qui n'était pas utilisée, évoluait vers une atrophie musculaire.

De même, le Dr M.\_\_\_\_\_ n'avait pas procédé à un examen des mobilités passives. Or, comme le Dr J.\_\_\_\_\_ l'avait observé dans son rapport d'examen du 10 novembre 2023, celles-ci étaient significativement supérieures à ce qui avait été constaté en termes des mobilités actives, dès lors qu'en passif, l'épaule gauche pouvait lever jusqu'à 170° en flexion, et jusqu'à 100° en abduction spontanée.

Au reste, le Dr M.\_\_\_\_\_ avait reconnu qu'il était toujours possible de proposer une activité professionnelle à plein temps au recourant, à condition qu'il n'ait pas à manipuler ou à bouger son épaule, le médecin citant comme exemple l'activité d'agent d'accueil.

**bbb)** Le recourant se prévaut également des rapports médicaux du 7 janvier 2025 du Dr K.\_\_\_\_\_ et du 28 janvier 2025 du Dr F.\_\_\_\_\_.

Dans leurs rapports respectifs, qui reprenaient notamment les conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_ (soit en particulier l'impossibilité de soulèvement d'une charge de 15 kg), sans les étayer plus avant, ces médecins ont par ailleurs mentionné l'existence d'une importante

arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, qui avait été mise en évidence par une échographie réalisée le 29 septembre 2024 ainsi que par une arthro-IRM du 14 octobre 2024, et s'était dégradée avec le temps.

Néanmoins, comme l'a observé le Dr J.\_\_\_\_\_, cette atteinte, dont on peut supposer qu'elle est principalement à l'origine des douleurs actuellement ressenties par le recourant, ne se trouve pas en lien de causalité naturelle avec l'événement accidentel, mais découle bien d'une dégénérescence arthrosique progressive, installée bien avant l'événement, dès lors qu'elle apparaissait déjà sur l'IRM réalisée le 27 septembre 2021. Une aggravation de cette atteinte, qui serait par hypothèse liée à l'intervention chirurgicale réalisée en mai 2022, n'était par ailleurs nullement établie au stade de la vraisemblance prépondérante.

Pour le reste, en tant que le Dr K.\_\_\_\_\_ tient pour impossible la perspective de trouver pour le recourant une quelconque activité adaptée, de tels constats sortent du cadre médico-légal.

**b)** Cela posé, il apparaît que le recourant n'a fourni aucun élément médical objectif qui serait de nature à mettre en doute les conclusions convaincantes présentées par le médecin-conseil de l'intimée. Cette dernière était dès lors fondée à retenir que le recourant disposait encore d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère permettant au recourant d'éviter le soulèvement de poids dans l'axe supérieurs à 15 kg, le soulèvement de poids en élévation vers l'horizontale supérieurs à 1,5 kg, le travail au-dessus de l'horizontale des épaules, ainsi que les tâches soumises à des vibrations.

**7. a)** Il convient ensuite d'examiner si l'intimée pouvait valablement fixer à 15 % le taux de la rente d'invalidité allouée au recourant, en fixant son revenu sans invalidité à 76'492 fr. et son revenu avec invalidité à 65'050 fr., ce que ce dernier conteste sous plusieurs aspects.

**aa)** S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée s'est à juste titre référée aux indications qui lui avaient été fournies le 12 février 2024 par l'employeur du recourant, selon lesquelles ce dernier aurait, sans invalidité, réalisé en 2024 un salaire mensuel, soumis à l'AVS, de 5'884 fr., servi treize fois l'an, de sorte que le revenu déterminant devait être fixé à 76'492 francs.

Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne saurait être tenu compte du montant inscrit à titre de salaire brut sur son certificat de salaire pour l'année 2023, soit en l'occurrence 85'298 fr. 50, attendu que ce montant comprend notamment les allocations familiales, non soumises à l'AVS (cf. Directives sur le salaire déterminant dans l'AVS, AI et APG (DSD) édictées par l'Office fédéral des assurances sociales, valables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, état au 1<sup>er</sup> janvier 2024, n° 2170) qui lui avaient été versées par son employeur pour chacun de ses cinq enfants.

**bb)** Pour ce qui est du revenu avec invalidité, l'intimée s'est fondée sur les valeurs statistiques de l'ESS 2020 (homme, niveau de compétence 1, total, 41.7 heures par semaine, indexées pour l'année 2024) pour retenir un montant de 68'473 fr. 35, auquel il convenait encore de procéder à un abattement de 5 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et de la situation personnelle du recourant, si bien que le revenu devait être fixé à 65'049 fr. 68, arrondi à 65'050 francs.

Cette approche est correcte. On observera en particulier que le marché du travail englobe un large éventail d'activités simples, compatibles avec les limitations fonctionnelles décrites chez le recourant et accessibles à ce dernier, que ce soit dans le secteur de la production ou dans celui des services. Dans ce contexte, on ne voit pas qu'il faille se limiter à prendre en considération le salaire déterminant pour le seul secteur des services (soit 4'756 fr. par mois selon l'ESS 2020).

Il n'y a par ailleurs pas matière à procéder à un abattement plus important que celui de 5 % opéré par l'intimée. On rappellera en particulier que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne

constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales, attendu que les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation ni expérience professionnelle spécifique. Il faut également souligner que l'âge de l'assuré ne constitue pas, en soi, un facteur de réduction du salaire statistique, étant souligné que, dans le domaine des emplois non qualifiés, ceux-ci sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5).

Enfin, en tant que le recourant se prévaut de son prétendu analphabétisme et de ses connaissances insuffisantes de la langue française, on observera que le dossier de l'intimée comporte de nombreux courriels, suffisamment compréhensibles, que le recourant, de nationalité française, a selon toute vraisemblance rédigé lui-même à l'attention de l'intimée depuis sa boîte e-mail personnelle, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'ayant pour sa part pas fait état de problèmes de compréhension au moment de réaliser son examen. On ne voit pas non plus en quoi le statut de frontalier constituerait un désavantage pour le recourant.

**b)** C'est donc à bon droit que l'intimée a fixé à 15 % le degré d'invalidité du recourant et qu'elle a arrêté, sur cette base, la rente d'invalidité qui devait être allouée au recourant dès le 1<sup>er</sup> février 2024.

**8.** Il reste à déterminer la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle le recourant peut prétendre. Ce dernier conclut à cet égard à l'allocation d'une IPAI de 40 %, alors que l'intimée a pour tenu pour adéquate une IPAI de 15 %.

**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).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence citée).

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.

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA).

La perte d'intégrité doit être déterminée séparément pour chaque perte. Si un ou plusieurs événements assurés entraînent différentes atteintes à l'intégrité, les pourcentages correspondant aux différentes atteintes doivent être additionnés, pour autant que les atteintes soient clairement établies sur le plan médical et que leurs effets puissent être clairement distingués les uns des autres (ATF 150 V 469 consid. 3 ; 116 V 156 consid. 3, en particulier 3b ; TF 8C\_38/2024 du 28 juin 2024 consid. 2.3.2 ; TF 8C\_300/2020 du 2 décembre 2020 consid. 4.3 ; TF 8C\_19/2017 du 22 mai 2017 consid. 4.4).

**b)** En l'occurrence, l'intimée a considéré, en se fondant sur les appréciations du Dr J. \_\_\_\_\_ des 10 novembre 2023 et 6 janvier 2024, que les séquelles à l'épaule gauche de l'évènement accidentel survenu le 23 septembre 2021 ne permettaient plus au recourant de travailler comme grutier, ni comme maçon. Ce dernier conservait néanmoins une pleine capacité de travail dans un emploi ne comportant pas de soulèvement de poids dans l'axe supérieurs à 15 kg et en élévation vers l'horizontale supérieurs à 1,5 kg, pas de travail au-dessus de l'horizontale et exempte également de vibrations.

Le taux de 15 % apparaît dès lors adéquat en tant que, selon la table 1 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA concernant

l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, publiée par les médecins de la CNA, p. 1.2, ce taux correspond à celui alloué pour une épaule demeurant mobile jusqu'à l'horizontale.

On observera au demeurant que, s'agissant d'une question pourtant essentiellement médicale, le recourant n'a produit, ni ne se réfère à un quelconque document médical objectif qui serait, sur ce point, de nature à faire douter des conclusions détaillées du Dr J.\_\_\_\_\_. À tout le moins, le recourant ne saurait nullement se référer aux conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_, qui avait mentionné des taux de 23 % et 35 %, se rapportant à des barèmes apparemment utilisés en droit français.

**c)** Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimée a reconnu le droit de l'assuré à une IPAI d'un taux de 15 %.

**9.** Le dossier est complet et permet ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une « contre-expertise », doit dès lors être rejetée. En effet, la réalisation d'une expertise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**10. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui 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 10 mai 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Samuel Thétaz, pour B. \_\_\_\_\_,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :