

S2 21 105

**ARRÊT DU 29 MARS 2024**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;  
Ferdinand Vanay, greffier

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat à Sion

**contre**

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA)**,  
intimée, représentée par Maître Didier Elsig, avocat à Lausanne

(art. 16, 18 al. 1, 19 et 24 LAA ; stabilisation de l'état de santé, rente d'invalidité de  
l'assurance-accidents et IPAI)

## Faits

**A.** Né en 1966, X \_\_\_\_\_ dispose de la nationalité portugaise et est titulaire d'un permis C. Employé depuis 2017 en tant que machiniste à temps plein par l'entreprise de placement fixe et temporaire A \_\_\_\_\_ Sàrl, à B \_\_\_\_\_, il était assuré à ce titre par son employeur contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ; cf. déclaration de sinistre LAA du 10 mai 2017, sous pièce n. 1 du dossier de la CNA, duquel toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont tirées, sauf indication contraire ; contrat de mission, sous pièce n. 4).

Il ressort de ce dossier que l'assuré a bénéficié, entre les mois de mars 2014 et juillet 2015, de plusieurs interventions chirurgicales au niveau de son épaule droite (arthroscopie, suture de la coiffe des rotateurs, ténotomie et acromioplastie), en lien avec un accident survenu en décembre 2013. Ces interventions ont été réalisées par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à l'Hôpital D \_\_\_\_\_. Annoncé auprès de la CNA pour cet accident, l'intéressé a effectué en juillet 2016 un examen médical final auprès d'un médecin d'arrondissement, qui a retenu certaines limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 20 kg, pas de travaux avec le bras droit au-delà de la position horizontale) et reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dont celle de machiniste (cf. pièce n. 13).

**B.** Le 9 mai 2017, alors qu'il se trouvait sur un chantier, l'assuré a glissé dans un talus et a subi une contusion au niveau de son bras droit. Il a immédiatement été conduit à l'hôpital, où les premiers soins lui ont été administrés (cf. *idem*). Il en est sorti le même jour, avec un certificat d'incapacité de travail jusqu'au 14 mai suivant (cf. pièce n. 2). Selon le rapport médical initial LAA établi à cette occasion, l'intéressé présentait des douleurs à la palpation ainsi qu'une contusion à l'épaule droite ; les résultats d'imagerie ne montraient, en revanche, ni fracture, ni luxation. Le traitement consistait en une immobilisation du bras en écharpe et en une médication antalgique (cf. pièce n. 11).

L'incapacité de travail de l'assuré a été prolongée (cf. pièces n. 9 s.). Le 29 mai 2017, le Dr C \_\_\_\_\_ a constaté une limitation fonctionnelle au niveau de l'épaule droite, avec une antépulsion active jusqu'à 80 degrés ; il a mentionné la présence visible à l'IRM d'une nouvelle lésion de la coiffe avec une atteinte essentiellement au niveau du sus-épineux. Il a ainsi proposé au patient un arrêt de travail d'un mois, avec physiothérapie de proprioception et de tonification (cf. rapport, sous pièce n. 12).

La CNA a accepté de prendre en charge le cas et de verser à l'assuré des indemnités journalières (cf. pièces n. 15 s.).

Le Dr C \_\_\_\_\_ a revu son patient, le 26 juin 2017. Il a constaté que celui-ci faisait ses exercices de physiothérapie avec assiduité et qu'il avait gagné en mobilisation. Le tableau clinique ne comportant *a priori* pas d'indication pour un traitement chirurgical, ce médecin a prolongé pour six semaines le traitement conservateur et l'incapacité de travail (cf. rapport, sous pièce n. 21 ; certificat, sous pièce n. 17).

Dans un rapport du 4 août suivant, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré se plaignait d'une exacerbation des douleurs à l'épaule. Il a ainsi été décidé qu'une nouvelle arthroscopie de l'épaule avec suture de la coiffe serait mise en œuvre ; l'incapacité de travail de l'intéressé a été prolongée pour un mois (cf. rapport précité, sous pièce n. 30 ; certificat, sous pièce n. 25).

L'intervention chirurgicale s'est déroulée le 22 août 2017, le patient est sorti de l'hôpital deux jours plus tard et son incapacité de travail a été prolongée d'abord jusqu'au 15 octobre 2017 (cf. protocole opératoire et rapport du 25 août 2017, sous pièces n. 47 s.), puis jusqu'en avril 2018, l'intéressé se rendant à intervalles réguliers à la consultation du Dr C \_\_\_\_\_ (cf. certificats médicaux, sous pièces n. 51, 59, 68, 72, 80 et 84). Selon ce spécialiste, l'évolution était lentement favorable malgré des douleurs persistantes, la phase de rémission était discrètement plus longue que dans le cadre d'une rupture primaire et le patient poursuivait sa rééducation avec de la physiothérapie (cf. rapports médicaux intermédiaires des 22 novembre 2017, 6 mars 2018 et 20 mars 2018, sous pièces n. 61, 83 et 89).

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 9 mai au 1<sup>er</sup> juin 2018. Dans son rapport du 6 juin suivant, le Dr E \_\_\_\_\_, médecin adjoint et spécialiste FMH en rhumatologie, a confirmé que le patient présentait des douleurs persistantes au niveau de son épaule droite ainsi qu'une limitation fonctionnelle et un manque de force marqué. Il a notamment identifié une rupture partielle du tendon du supra-épineux, visible sur une IRM effectuée en novembre 2017. Il a également fait remarquer que le patient avait participé à des ateliers professionnels durant son séjour, mais que ses performances montraient qu'il n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle en l'état et qu'il restait très centré sur ses douleurs. Le Dr E \_\_\_\_\_ a précisé que la situation médicale devrait être stabilisée dans un délai de 3 à 4 mois et que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles définitives (à savoir pas de port de charges lourdes de manière répétitive ou prolongée, pas d'activités

prolongées ou répétitives au-dessus du plan des épaules ou avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, pas d'activités prolongées ou répétitives avec utilisation de la force avec le membre supérieur droit). Sans être exclu, le pronostic de reprise de l'ancienne activité de machiniste était défavorable. Une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée était théoriquement indiquée, mais se heurtait aux facteurs contextuels et à la difficulté pour le patient à se projeter dans une autre activité (cf. pièce n. 105).

Après son séjour à la CRR, l'assuré a été revu plusieurs fois par le Dr C \_\_\_\_\_. Celui-ci a constaté que le tableau clinique stagnait, tant au niveau de la mobilité de l'épaule droite qu'au niveau des douleurs. Un arthro-CT a montré une coiffe qui était continue dans son insertion, avec de discrets remaniements au niveau du trochanter, ainsi que la présence de calcification avec des stigmates d'un conflit sous-acromial, sans signe de décompensation arthrosique. Le Dr C \_\_\_\_\_ a proposé une infiltration de plasma riche en plaquettes (PRP) et a prolongé l'incapacité de travail du patient (cf. rapport médical intermédiaire du 4 septembre 2018, sous pièce n. 119 ; certificats, sous pièces n. 112, 113 et 118). Le 12 septembre suivant, ce spécialiste a indiqué avoir vu son patient un jour auparavant et constaté que le tableau clinique s'était aggravé, avec une impotence fonctionnelle manifeste et des douleurs chroniques. Il a estimé qu'une reprise chirurgicale s'imposait, soit une réparation de la coiffe par voie ouverte avec une augmentation de la coiffe par un patch afin de contourner la fragilité des tendons (cf. rapport médical intermédiaire, sous pièce n. 122).

Le 8 octobre 2018, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné l'assuré. Il a constaté que la situation médicale de celui-ci au niveau de son épaule droite n'était pas stabilisée, vu l'évolution défavorable avec persistance de douleurs. Il a approuvé la proposition de son confrère le Dr C \_\_\_\_\_ pour une nouvelle intervention chirurgicale par voie ouverte (cf. rapport du 9 octobre 2018, sous pièce n. 126).

Le 22 octobre 2018, l'intéressé a ainsi bénéficié d'une nouvelle arthroscopie de l'épaule droite, avec ablation d'un corps libre intra-articulaire et réparation de la coiffe avec suture du sus-épineux et du sous-épineux par *mini open* (cf. protocole opératoire et rapport du 24 octobre 2018, sous pièces n. 136 s.). Son incapacité de travail a été maintenue jusqu'au mois de juillet 2019 (cf. certificats, sous pièces n. 129, 135, 140, 141, 147 et 154).

Dans un rapport du 7 mai 2019, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué qu'à la suite de cette intervention, l'évolution avait été favorable dans un premier temps, mais que le patient

se plaignait à nouveau de douleurs à partir de 70 degrés de mobilité dans tous les plans. Il a évoqué un état de *status quo* et a proposé à l'intéressé une arthro IRM (cf. pièce n. 148). Réalisée le 27 mai 2019, celle-ci a mis en évidence une nouvelle rupture de la coiffe avec rétractation de celle-ci (cf. pièce n. 157). Le Dr C \_\_\_\_\_ a également observé une atrophie musculaire au niveau du sous-scapulaire et au niveau du sus-épineux. Il a proposé une nouvelle opération, soit la mise en place d'une prothèse totale inversée de l'épaule ou une intervention sur les tendons avec un transfert du grand dorsal (cf. rapport intermédiaire du 13 juin 2019, sous pièce n. 155), opération que la CNA a accepté de prendre en charge, le 4 juillet suivant, après avoir consulté son médecin d'arrondissement (cf. pièces n. 156 et 159).

Le 25 juillet 2019, l'assuré a subi une arthroplastie totale inversée de l'épaule droite et a été hospitalisé durant six jours (cf. protocole opératoire et rapport du 26 juillet 2019, sous pièces n. 164 et 170). Du 17 septembre au 9 octobre suivants, il a été réadmis à l'hôpital en raison d'une infection au niveau de sa prothèse, laquelle lui a été retirée dans l'attente d'une nouvelle intervention chirurgicale (cf. protocoles opératoires et rapport médical du 9 octobre 2019, sous pièces n. 190 à 192). L'incapacité de travail a été attestée médicalement jusqu'au mois de janvier 2020 (cf. certificats, sous pièces n. 163, 174, 179 et 195).

N'ayant pas recouvré sa capacité de travail à bref délai, l'assuré a été annoncé à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) qui, par décision du 6 décembre 2019, l'a mis au bénéfice d'une rente complète d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2018 (cf. pièce n. 197).

Le 21 janvier 2020, l'intéressé a bénéficié d'une réimplantation de la prothèse au niveau de son épaule droite (cf. protocole opératoire, sous pièce n. 208). Il a par la suite continué sa rééducation, avec des séances de physiothérapie, et a été vu les 11 juin et 23 juillet suivants par le Dr C \_\_\_\_\_, qui n'a pas décelé de complications, a observé des progrès et a préconisé la poursuite de ce traitement (cf. rapports, sous pièces n. 218 et 235). L'incapacité de travail complète a régulièrement été attestée jusqu'au mois de novembre 2020 (cf. certificats, sous pièces n. 202, 207, 211, 216, 228 et 243).

L'assuré a été à nouveau convoqué, le 29 juillet 2020, pour un examen auprès du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr F \_\_\_\_\_. Celui-ci a relevé que le patient mentionnait toujours la persistance de douleurs et d'une faiblesse à son épaule droite lorsqu'il la mobilisait. L'intéressé rapportait qu'il était gêné dans les gestes de la vie quotidienne ainsi que pour conduire un véhicule ou pour écrire. Il faisait de la physiothérapie deux fois par semaine et ne prenait que très occasionnellement des

médicaments antidouleurs. Le Dr F \_\_\_\_\_ a précisé que la situation médicale n'était pas encore stabilisée, mais pourrait l'être vers la fin de l'année 2020. Il a préconisé un nouveau séjour à la CRR (cf. rapport du 30 juillet 2020, sous pièce n. 231).

Ce séjour s'est déroulé du 3 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2020. A l'issue de celui-ci, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que le patient avait participé à des ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives, mais qu'il n'avait jamais atteint l'entier de la période planifiée. Il en a conclu que l'intéressé n'était toujours pas en mesure de reprendre une activité professionnelle en l'état et qu'il restait très centré sur ses douleurs. Il a estimé que la situation médicale devrait être stabilisée dans un délai de 4 à 6 mois et que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles définitives semblables à celles identifiées durant son précédent séjour en 2018. Le pronostic de reprise de l'ancienne activité de machiniste était toujours défavorable, sans être exclu. Une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée était théoriquement indiquée, mais se heurtait aux facteurs contextuels et à la difficulté pour le patient à se projeter dans une autre activité. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était complète jusqu'au 14 janvier 2021, date du prochain contrôle auprès du Dr C \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 14 décembre 2020, sous pièce n. 247).

Ce contrôle a été repoussé au 22 janvier suivant. A l'issue de celui-ci, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que la situation semblait s'améliorer au niveau des douleurs. Il a constaté néanmoins que le patient présentait toujours des limitations et a évoqué la nécessité d'une reconversion professionnelle. Il a proposé la poursuite des exercices de physiothérapie et attesté une incapacité de travail complète jusqu'au 14 avril 2021 (cf. rapport du 26 janvier 2021, sous pièce n. 254 ; certificat, sous pièce n. 253).

Ayant revu l'assuré une nouvelle fois pour un contrôle, le 18 mars 2021, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que la situation était stable et que le patient progressait lentement ; il a prolongé l'incapacité de travail pour trois mois (cf. rapport du 23 mars 2021, sous pièce n. 272, et certificat, sous pièce n. 258).

Dans un rapport du 2 juin 2021, le Dr F \_\_\_\_\_ a diagnostiqué chez l'assuré des omalgies droites, avec une ankylose et une faiblesse séquellaires de l'épaule droite. Il a relevé que l'intéressé gardait des limitations notables au niveau de son épaule, avec une faiblesse et des douleurs à la mobilisation. Il a estimé, sur le vu du dernier rapport du Dr C \_\_\_\_\_, que la situation était stabilisée et que la reprise de l'ancienne activité professionnelle était compromise. Cependant, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail théorique dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles

suivantes : pas d'activités engendrant des chocs ou des vibrations de façon continue et/ou répétitive au niveau du membre supérieur droit, pas de ports de charges lourdes, pas de ports de charges moyennes continus ou répétitifs, pas d'activités répétitives avec l'épaule droite, pas d'activités en porte-à-faux avec le membre supérieur droit (cf. pièce n. 275). Le même jour, le Dr F \_\_\_\_\_ a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 25 % en raison de la persistance d'omalgies et d'une limitation de la fonction après la mise en place d'une prothèse totale. Il a fixé ce taux par analogie avec la table 5, page 5.2, du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (10 à 25 % pour une arthrose gléno-humérale grave ; cf. pièce n. 276).

Sur la base de cet avis médical, la CNA a indiqué à l'assuré, le 4 juin 2021, qu'il n'était plus possible d'attendre des traitements en cours une amélioration notable des suites de l'accident. Elle l'a par conséquent informé qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet suivant (cf. pièce n. 278).

En parallèle, l'OAI a communiqué à l'intéressé, le 8 juin suivant, qu'il allait supprimer la rente entière dont il bénéficiait depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018, estimant qu'il était en mesure de reprendre à plein temps une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il ne réalisait dès lors plus les conditions pour l'octroi d'une rente (cf. pièce n. 283).

Le 17 juin 2021, la CNA a rendu une décision qui refusait à l'intéressé le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et qui lui octroyait une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 37'050 fr., correspondant à 25 % du gain annuel. Cette décision se fondait sur l'avis du médecin d'arrondissement précité (Dr F \_\_\_\_\_). Elle tenait compte d'un salaire sans invalidité de 73'714 fr. et d'un revenu d'invalidé évalué à 69'475 fr., sur la base des données statistiques tirées de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), comparaison aboutissant à une perte de gain de 6 % qui était insuffisante pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité accident (cf. pièce n° 287).

**C.** Le 19 juillet 2021, X \_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision, requérant de la CNA un nouvel examen de son cas avec fixation d'un taux d'invalidité au minimum à 40 % et d'une IPAI correspondant à 30 % du gain annuel (cf. pièce n° 298).

La CNA a rejeté cette opposition, le 1<sup>er</sup> septembre suivant. Elle a maintenu que la situation médicale de l'assuré était stabilisée et a rappelé la manière dont avaient été déterminés le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé, ce dernier devant être corrigé à 69'268 fr. après indexation du salaire pour les années 2020 et 2021. Elle a ainsi

confirmé que la comparaison de ces revenus illustre une perte de gain insuffisante pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité. Quant au montant de l'IPAI, la CNA a rappelé l'appréciation émise par le Dr F \_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 juin précédent. Elle a ainsi maintenu qu'une IPAI correspondant à 25 % du gain annuel était justifiée, s'agissant du taux le plus élevé qui pouvait être retenu en l'espèce selon la table 5, page 5.2 du barème IPAI selon la LAA (cf. pièce n° 308).

**D.a** Le 4 octobre 2021, X \_\_\_\_\_ a recouru céans contre cette décision sur opposition, en concluant principalement à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire visant à déterminer le taux de l'IPAI ainsi que la reprise du paiement de l'indemnité journalière, respectivement le taux d'invalidité ; subsidiairement, il a conclu à l'annulation de cette décision, à la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 50 % au moins et à la fixation d'une IPAI correspondant à 30 % au moins du gain annuel. Il a requis des dépens.

A l'appui de ses conclusions, l'assuré a, pour l'essentiel, contesté l'avis de la CNA selon lequel son état de santé était stabilisé. A cet égard, il a affirmé que les conclusions émises par le médecin d'arrondissement étaient en contradiction avec celles que le Dr C \_\_\_\_\_ avait formulées dans un rapport du 30 août 2021, pièce jointe au mémoire de recours. En effet, ce spécialiste indiquait avoir vu son patient, le 26 août 2021, et constatait que la situation médicale n'était « pas du tout stabilisée », l'assuré présentant toujours des douleurs et une impotence fonctionnelle (antépulsion à 90 degrés à peine en actif, abduction à 80 degrés en actif et avec rotation externe coude au corps à 25 degrés). A son avis, il convenait de maintenir la prise en charge des séances de physiothérapie ou de convoquer le patient à la CRR pour une rééducation intensive et une nouvelle évaluation de ses capacités. Dès lors que son état de santé n'était pas stabilisé et que des investigations médicales complémentaires s'imposaient, l'intéressé en a déduit qu'il n'était, à ce stade, pas en mesure d'exercer une activité simple et répétitive, contrairement à ce que la CNA avait retenu de manière prématurée. De même, il a conclu que la décision de l'intimée de refuser l'octroi d'une rente LAA était hâtive, puisqu'il n'était pas encore possible d'évaluer ses limitations fonctionnelles de manière définitive. Enfin, il a allégué que, compte tenu des douleurs et des limitations qu'il présentait au niveau de son épaule, une IPAI correspondant à 30 % au moins du gain annuel était justifiée.

A titre de moyens de preuve, outre l'expertise judiciaire citée plus haut, l'intéressé a requis l'édition de son dossier par la CNA.

**D.b** Le 30 novembre 2021, la CNA a déposé ce dossier et a conclu au rejet du recours, dans la mesure où il était recevable. En particulier, elle a relevé que le Dr C \_\_\_\_\_ avait constaté, dans son rapport du 23 mars 2021 (cf. pièce n. 272), que les limitations que présentait l'assuré (douleurs, mouvements, amplitude articulaire) étaient restées stables. Elle a aussi observé que le Dr E \_\_\_\_\_ de la CRR avait lui aussi indiqué, en décembre 2020, s'attendre à une stabilisation au plan médical dans un délai de 4 à 6 mois, soit entre les mois d'avril et de juin 2021 (cf. pièce n. 247). Elle en a déduit que son médecin d'arrondissement s'était fondé à bon droit sur ces avis médicaux pour conclure à une stabilisation de l'état de santé de l'intéressé à la fin du mois de juillet 2021. S'agissant de sa décision acceptant la prise en charge d'une à deux séances de physiothérapie pour l'année à venir, puis en fonction de l'évolution médicale, la CNA a précisé que cette mesure avait pour but de réduire et de juguler les douleurs que présentait l'assuré, mais pas d'améliorer son état de santé stabilisé. En outre, elle a maintenu ses motifs justifiant le refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et la fixation de l'IPAI à 25 % du gain annuel.

Dans sa réplique du 31 janvier 2022, X \_\_\_\_\_ a maintenu ses motifs et conclusions. Il a joint à sa détermination notamment un rapport établi le 2 novembre 2021 par le Dr C \_\_\_\_\_, qui constatait notamment que la mobilité de l'épaule demeurerait inchangée et que le patient se plaignait de douleurs de plus en plus présentes nécessitant la prise d'anti-inflammatoires. Il a aussi déposé une lettre de CNA du 20 décembre 2021, dans laquelle celle-ci communiquait au Dr C \_\_\_\_\_ son refus de prendre en charge un nouveau séjour de l'assuré à la CRR.

Le 14 février 2022, la CNA a dupliqué, en maintenant sa position.

Cette écriture a été communiquée à l'assuré, le lendemain, pour information.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

**1.2** Le recours déposé le 4 octobre 2021 à l'encontre de la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> septembre précédent, a été interjeté dans le délai légal (art. 60 LPGA) devant la Cour

de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

**1.3** Faisant usage d'un droit que la loi lui reconnaît (art. 56 al. 1, 17 al. 2 et 19 al. 1 LPJA), le recourant sollicite, à titre de moyen de preuve, l'édition du dossier de l'intimée. Cette requête est satisfaite, puisque ledit dossier a été déposé céans, le 30 novembre 2021.

Quant à la demande de l'intéressé de mettre en œuvre une expertise judiciaire, elle sera traitée en fin d'arrêt (cf. *infra*, consid. 6).

**2.** Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée a retenu à bon droit que l'état de santé du recourant était stabilisé et si elle en a correctement déduit que celui-ci n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et qu'il pouvait prétendre à une IPAI correspondant à 25 % de son gain annuel.

**3.**

**3.1** Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 et les références).

**3.2** Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, pour autant que celui-ci soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'article 7 LPGA dispose qu'est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

**3.3** L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que « le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'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 cesse dès la naissance du droit à la rente ».

Cette norme règle tout d'abord le moment où un cas d'assurance doit être clôturé (ATF 134 V 109 consid. 3.2). Les prestations temporaires, telles que les indemnités journalières et le traitement médical, ne doivent être accordées par l'assureur-accidents – pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité soient terminées – qu'aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé. Si ce n'est plus le cas, le cas doit être clos en suspendant les prestations temporaires et en examinant simultanément le droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1, 143 V 148 consid. 3.1.1 et 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 s., cités p. ex. *in* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie (arrêt 8C\_176/2023 précité consid. 3 et les réf. cit. ; GEERTSEN, *in* HÜRZELER/KIESER [éd.], *Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht – UVG*, 2018, n° 9 *ad* art. 19 et les réf. cit.). On relèvera en outre que la réapparition prévisible de douleurs en cas d'atteinte à la santé stationnaire ne constitue pas une résurgence d'une maladie que l'on pensait guérie et n'est donc pas une rechute (RAMA 2005 5/2005 U 557 p. 388, cité p. ex. *in* jugement CAS S2 17 64 / S2 18 56 du 8 février 2019 consid. 4).

La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt 8C\_176/2023 précité consid. 3 et les réf. cit. ; GEERTSEN, *op. cit.*, n° 10 *ad art.* 19 et les réf. cit.).

**3.4** Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPGa). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et consciencieuse que possible. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. *in*: arrêt du Tribunal fédéral 8C\_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.1).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation

peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt 8C\_696/2022 précité consid. 4.3.2).

**3.5** En l'occurrence, la dernière intervention chirurgicale dont a bénéficié le recourant s'est déroulée, le 21 janvier 2020, et a consisté en une réimplantation de la prothèse au niveau de son épaule droite (cf. protocole opératoire, sous pièce n. 208).

Au cours de l'année 2020, l'intéressé a poursuivi sa rééducation, avec des séances de physiothérapie. Le 11 juin 2020, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution suivait son cours, a précisé que le bilan radiologique était rassurant et a observé une antépulsion active jusqu'à 95 degrés, une abduction active jusqu'à 60 degrés, une rotation externe coude au corps de 20 degrés et une rotation interne au niveau des fesses (cf. rapport, sous pièce n. 218). Le 23 juillet suivant, ce médecin a observé « beaucoup de progrès », avec une antépulsion entre 90 et 100 degrés, une abduction à 70 degrés, une rotation externe coude au corps de 25 degrés et une rotation interne encore limitée au niveau des L3-L4 ; il a préconisé la poursuite de la physiothérapie (cf. rapport, sous pièce n. 235). Le 29 juillet 2020, lors de l'examen auprès du Dr F \_\_\_\_\_, ce médecin d'arrondissement de la CNA a relevé que le patient mentionnait toujours la persistance de douleurs et d'une faiblesse à son épaule droite lorsqu'il la mobilisait. Il a constaté une antépulsion à 80 degrés, une abduction à 45 degrés, une rotation externe de 10 degrés et une rotation interne au niveau des hanches (cf. rapport, sous pièce n. 231). La Cour relève que ces résultats sont surprenants, dans la mesure où ils sont singulièrement moins bons que ceux que le Dr C \_\_\_\_\_ rapportait six jours plus tôt, sans qu'aucun élément objectif ne permette de l'expliquer. Quoi qu'il en soit, le Dr F \_\_\_\_\_ a considéré qu'à ce moment-là, la situation médicale n'était pas encore stabilisée et il a préconisé un nouveau séjour à la CRR (cf. *idem*).

Ce séjour s'est déroulé du 3 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2020. Dans ce cadre, le Dr E \_\_\_\_\_ a relevé, à l'entrée, des amplitudes de mobilité active de l'épaule droite à 80 degrés en flexion, 70 degrés en abduction et 45 degrés en rotation externe ; à la sortie, ces amplitudes étaient de 100 degrés en flexion, 95 degrés en abduction et 30 degrés en rotation externe (cf. rapport du 14 décembre 2020 p. 2 et 3, sous pièce n. 247). Ce médecin a indiqué que le patient avait participé, durant son séjour, à des ateliers professionnels dans des activités très légères et sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives, mais qu'il n'avait jamais atteint l'entier de la période planifiée. Il en a conclu que l'intéressé n'était toujours pas en mesure de reprendre une activité professionnelle en l'état et qu'il restait très centré sur ses douleurs. Il a estimé qu'une stabilisation médicale était « attendue dans un délai de 4 à 6 mois » et que l'assuré

présentait des limitations fonctionnelles définitives semblables à celles identifiées durant son précédent séjour en 2018. Une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée était théoriquement indiquée, mais se heurtait aux facteurs contextuels et à la difficulté pour le patient à se projeter dans une autre activité (cf. *idem*).

Le Dr C \_\_\_\_\_ a revu son patient, le 22 janvier 2021, et a observé que la situation semblait s'améliorer, avec une diminution de l'intensité des douleurs et de la gêne ; il a relevé une antépulsion active jusqu'à 95-100 degrés, une abduction toujours limitée à 70 degrés, une rotation externe coude au corps de 45 degrés et une rotation interne au niveau des fesses. Il a proposé la poursuite des exercices de physiothérapie (cf. rapport du 26 janvier 2021, sous pièce n. 254). Au contrôle suivant, le 18 mars 2021, ce médecin a indiqué que « la situation [était] *status quo* » et que le patient progressait doucement. Il a mentionné une antépulsion active jusqu'à 95-100 degrés, une abduction jusqu'à 75-80 degrés et une rotation externe coude au corps de 20 degrés (cf. rapport du 23 mars 2021, sous pièce n. 272).

Sur la base de ces pièces, il y a lieu de retenir que la situation médicale du recourant s'est lentement améliorée entre l'examen auprès du Dr F \_\_\_\_\_, le 29 juillet 2020, et celui du 22 janvier 2021 auprès du Dr C \_\_\_\_\_ : l'amplitude des mouvements a globalement progressé et les douleurs se sont atténuées. Deux mois plus tard, le Dr C \_\_\_\_\_ faisait part d'une situation stable, avec poursuite du traitement de physiothérapie. Compte tenu de ces renseignements, le Dr F \_\_\_\_\_ a considéré de manière objective, dans son rapport du 2 juin 2021, que la situation médicale était stabilisée (cf. pièce n. 275). Ce constat est en outre compatible avec le pronostic de stabilisation sous 4 à 6 mois que le Dr E \_\_\_\_\_ avait émis dans son rapport du 14 décembre 2020 (cf. pièce n. 247). Il s'ensuit que l'intimée s'est *a priori* fondée à bon droit sur les conclusions de son médecin d'arrondissement pour clore le cas d'assurance, en considérant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre des mesures médicales une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré.

**3.6** Le recourant conteste ce point de vue, en arguant tout d'abord que le rapport précité du Dr F \_\_\_\_\_ n'est pas probant et que son état de santé n'est pas stabilisé. Il relève que les conclusions du médecin d'arrondissement sont en contradiction avec celles que le Dr C \_\_\_\_\_ a formulées, dans un rapport du 30 août 2021.

L'assuré a joint ce rapport à son mémoire de recours. Le Dr C \_\_\_\_\_ y indique que « la situation n'est pas du tout stabilisée ». Il précise que son patient « garde encore des douleurs avec une impotence fonctionnelle » et qu'il arrive à peine à faire une

antépulsion à 90 degrés en actif, une abduction active à 80 degrés et une rotation externe coude au corps à 25 degrés. Il ajoute que les douleurs sont reproductibles même à la palpation superficielle musculaire au niveau du galbe de l'épaule droite et qu'elles irradient au niveau de coude. Ce spécialiste avoue être « démuni » face à la décision de la CNA de ne plus prendre en charge des séances de physiothérapie, dont il demande le maintien ; à défaut, il propose de convoquer le patient à la CRR pour une rééducation intensive et une nouvelle évaluation de ses capacités afin de pouvoir assurer sa réinsertion professionnelle. La Cour constate que le Dr C \_\_\_\_\_ n'amène, dans ce nouveau rapport, aucun élément nouveau qui permettrait de considérer que l'état de son patient ne serait effectivement pas encore stabilisé. La situation médicale et les limitations fonctionnelles qu'il évoque sont singulièrement les mêmes que celles décrites dans ses deux rapports de janvier et de mars 2021 (v. aussi rapport du 28 juin 2021, sous pièce n. 293). S'agissant de la poursuite du traitement physiothérapeutique, le Dr C \_\_\_\_\_ ne précise pas quelles améliorations sensibles de l'état de santé de l'assuré, au sens précisé ci-dessus (cf. *supra*, consid. 3.3), cette mesure permettrait vraisemblablement d'apporter. Vu que ce traitement est le même depuis l'intervention du 21 janvier 2020 et qu'objectivement, la situation médicale du recourant n'a pas significativement évolué depuis le début de l'année 2021, la Cour estime que la décision de l'intimée de clore le cas à partir du 1<sup>er</sup> août suivant échappe à la critique. Pour ces motifs, l'avis contraire du Dr C \_\_\_\_\_ n'est pas susceptible d'ébranler cette conviction.

On précisera encore que, comme le fait remarquer l'intimée dans sa réponse (p. 16 s.), le fait qu'elle ait accepté la prise en charge d'une à deux séries de séances de physiothérapie par an, pour l'année à venir, puis en fonction de l'évolution, ne signifie nullement que l'état de santé du recourant n'est pas encore stabilisé. En effet, ces mesures, même si elles sont bénéfiques pour l'assuré, ne permettent pas d'améliorer sensiblement son état de santé actuel.

**3.7** Ensuite, le recourant a joint à sa réplique un autre rapport du Dr C \_\_\_\_\_ daté du 2 novembre 2021, faisant suite à une consultation du 28 octobre précédent. Ce médecin y constate une absence de progrès au niveau de la mobilité de l'épaule de son patient et indique que celui-ci rapporte des douleurs de plus en plus présentes nécessitant la prise d'anti-inflammatoires. A cet égard et vu le rapport du Dr F \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2020, le recourant n'est très compliant avec les traitements antidouleurs.

Ce rapport ne comporte aucun élément déterminant pour l'évaluation de la situation médicale du recourant au moment de la décision litigieuse. La Cour rappelle que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a *in fine* et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3). Or, *in casu*, rien dans le rapport du 2 novembre 2021 ne permet de remettre en cause l'appréciation de l'intimée au sujet de la situation médicale de l'assuré.

**3.8** En outre, le recourant conteste être en mesure d'exercer une activité simple et répétitive ; il reproche ainsi à l'intimée d'avoir retenu à tort qu'il disposait d'une capacité de gain totale dans une activité légère et de niveau de compétences 1 ne requérant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. Il relève à ce sujet que l'intimée se réfère, dans sa décision sur opposition, à des limitations fonctionnelles retenues par le Dr E \_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 juin 2018, appréciation qui est d'après lui trop ancienne pour être déterminante.

Il est exact qu'au chiffre 4 de sa décision précitée, la CNA dresse une liste des limitations fonctionnelles définitives que le Dr E \_\_\_\_\_ a retenues dans son rapport du 6 juin 2018. L'intimée précise cependant à bon escient que ces limitations ont été confirmées par ce médecin dans son rapport du 14 décembre 2020 (cf. rapport p. 5, sous pièce n. 247). Dès lors, le recourant argue en vain que l'évolution de son état de santé depuis 2018 aurait permis de définir « des limitations fonctionnelles bien plus précises ». Cela ne ressort d'ailleurs d'aucune autre pièce du dossier et, en particulier, pas du rapport du Dr F \_\_\_\_\_ du 2 juin 2021 dans lequel celui-ci fait mention de limitations semblables à celles décrites par son confrère avec, en sus, une interdiction des activités engendrant des chocs ou des vibrations de façon continue et/ou répétitive au niveau du membre supérieur droit (cf. rapport p. 5, sous pièce n. 275).

Quant au grief contestant que l'état de santé du recourant lui permette, comme l'a retenu l'intimée, d'exercer à temps plein une activité légère et de niveau de compétences 1, il

doit être lui aussi écarté. En effet, le recourant motive cette critique en rappelant que, selon lui, son état de santé n'est pas du tout stabilisé, point de vue dont a vu qu'il ne résistait pas à l'examen (cf. *supra*, consid. 3.6).

#### 4.

**4.1** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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. 3.3.1). Pour procéder à cette comparaison, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente d'invalidité (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les réf. cit.).

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle ou ne met pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain, une stricte comparaison des revenus au sens de l'article 16 LPGA est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir de données médicales et selon la méthode générale de la comparaison des revenus. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. Ensuite, il y a lieu d'évaluer le gain que l'intéressé pourrait encore réaliser en exerçant une telle activité (revenu d'invalide) et de le comparer avec celui qu'il aurait pu réaliser sans handicap (revenu sans invalidité) sur un marché équilibré du travail. Le degré d'invalidité résulte de cette comparaison (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 et 104 V 135 consid. 2a et 2b).

**4.2** En l'espèce, la CNA a considéré que les limitations fonctionnelles avec lesquelles le recourant devait compter depuis son accident étaient définitives. Elle a donc examiné si l'assuré avait droit à une rente d'invalidité, en appliquant la méthode d'évaluation précitée. Elle a ainsi tenu compte d'un salaire hypothétique sans invalidité de 73'714 fr. et d'un revenu d'invalide évalué à 69'268 fr., sur la base des données statistiques tirées de l'ESS et après indexation du salaire pour les années 2020 et 2021. Cette comparaison mettait en évidence une perte de gain de 6 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir un droit

à une rente d'invalidité LAA (cf. décision sur opposition du 1<sup>er</sup> septembre 2021 consid. 5 et 6, sous pièce n° 308).

Céans, le recourant ne conteste ni la méthode d'évaluation utilisée, ni les montants arrêtés pour comparer les revenus. En revanche, il soutient que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, ses limitations fonctionnelles ne lui permettent nullement d'exercer une activité simple de niveau 1 et qu'il convient d'attendre que son état de santé s'améliore notablement.

**4.2.1** Sans minimiser le handicap dont l'assuré souffre au niveau de son épaule droite, la Cour estime qu'il ne l'empêche pas d'exercer une activité légère ne requérant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. Comme le relève l'intimée dans sa réponse (p. 18 s.), il existe en effet, sur le marché du travail équilibré, suffisamment d'activités légères qui sont adaptées à ce handicap, point que le recourant ne conteste pas au moyen d'arguments précis.

On rappellera à cet égard que la notion de marché du travail équilibré est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accident ; elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. p. ex., en matière d'assurance-accidents, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 et les réf. cit.). En outre, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. p. ex., en matière d'assurance-accidents, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_926/2011 du 7 décembre 2012 consid. 2.2 et les réf. cit.).

Certes, il est exact que, lors de son séjour à la CRR en novembre 2020, l'intéressé a participé à des ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives dans des activités très légères, sans jamais atteindre l'entier de la période

planifiée. Le Dr E \_\_\_\_\_ a cependant expliqué ce fait en relevant que l'assuré était très centré sur ses douleurs et mettait constamment en avant ses difficultés liées au diabète pour raccourcir les périodes planifiées (cf. rapport du Dr E \_\_\_\_\_ p. 5, sous pièce n. 247). On ne saurait donc considérer que les performances de l'intéressé au cours ces ateliers professionnels reflètent objectivement une incapacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il présente au niveau de son épaule et qui résultent de l'événement accidentel.

Par ailleurs, au moment où il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 146 V 16 consid. 7.1 et les réf. cit.), soit le 2 juin 2021 (date du rapport du Dr F \_\_\_\_\_), le recourant était âgé de presque 55 ans et n'avait donc pas encore atteint l'âge, proche de celui donnant droit à la rente de vieillesse, à partir duquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail nécessite une analyse globale de la situation afin d'examiner si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1, cité p. ex. *in* arrêt 8C\_240/2021 précité consid. 3).

**4.2.2** Quant à l'argument du recourant, selon lequel il conviendrait de différer l'évaluation de son taux d'invalidité jusqu'à ce que son état de santé s'améliore, il a déjà été retenu ci-dessus que la situation était stabilisée et qu'il n'y avait pas lieu d'attendre de nouvelles mesures médicales une amélioration sensible des limitations que l'intéressé connaît au niveau de son épaule droite (cf. *supra*, consid. 3.5 et 3.6). Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a dès lors pas lieu de surseoir à l'examen de son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, question que l'intimée a donc examinée à juste titre.

**4.3** Au vu de ces considérations, la comparaison des revenus opérée par la CNA ne prête pas flanc à la critique. Partant, le taux d'invalidité de 6 %, inférieur au minimum de 10 %, n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité, ce qu'a constaté à bon droit l'intimée.

## **5.**

**5.1** Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'article 36 alinéa 1 OLAA, 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.

Allouée sous forme de prestation en capital, dite indemnité 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 (art. 25 al. 1 LAA). Elle est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA), laquelle dresse une liste d'atteintes. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans cette liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (annexe 3 OLAA ch. 1 al. 2). La division médicale de la CNA a en outre établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, cité p. ex. *in* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2).

**5.2** En l'espèce, l'intimée a fixé à 25 % le taux de l'atteinte à l'intégrité résultant de l'événement accidentel. Elle s'est fondée pour cela sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement. Celui-ci a indiqué que ce taux de 25 % avait été attribué en raison de la persistance d'omalgies et d'une limitation de la fonction après la mise en place d'une prothèse totale de l'épaule droite compliquée par une infection. Il a précisé qu'il avait été fixé par analogie avec celui arrêté pour une arthrose gléno-humérale grave (10 à 25 % selon la table 5, p. 5.2, du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Selon ce médecin, la situation clinique de l'assuré correspondait en effet à une atteinte d'une telle gravité, ce qui représentait une atteinte conséquente et durable (cf. rapport du 2 juin 2021, sous pièce n. 276).

Le recourant demande qu'un taux minimum de 30 % soit retenu, en affirmant que « le Dr C \_\_\_\_\_ a clairement documenté des douleurs fonctionnelles importantes » (cf. mémoire de recours p. 16). Cet argument ne convainc pas, puisque le Dr F \_\_\_\_\_ a bien pris en considération la persistance de ces douleurs pour fixer le taux de l'IPAI. Au demeurant, il ne ressort pas des pièces médicales que l'assuré présente des douleurs particulièrement aiguës au niveau de son épaule. En effet, dans ses rapports des 27 juillet 2020 et 26 janvier 2021 (cf. pièces n. 235 et 254), le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs étaient en diminution ; de même, il ressort du rapport du Dr E \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2020 (p. 3) que les douleurs augmentent à l'activité et diminuent au repos (cf. pièce n. 247). Il ne ressort non plus pas de ces documents que les douleurs contraignent l'intéressé à suivre un traitement médicamenteux continu à base d'antalgiques ; lors de son examen par le

Dr F \_\_\_\_\_, le 29 juillet 2020, l'assuré a d'ailleurs indiqué qu'il ne prenait que très occasionnellement du Dafalgan (cf. rapport p. 4, sous pièce n. 231). Dans ces conditions, il n'est pas possible de considérer que les douleurs en question sont intenses au point de justifier une IPAI supérieure à 25 %. Le grief formulé par le recourant doit, partant, être écarté.

En outre, le choix du Dr F \_\_\_\_\_ de se référer à la table 5 du barème d'indemnisation cité plus haut apparaît objectivement justifié, choix que le recourant ne critique d'ailleurs nullement. Dans la mesure où le taux de 25 % correspond au taux maximum qu'indique ce barème pour une atteinte au niveau de l'épaule, il n'y a pas lieu de censurer la décision de l'intimée sur ce point.

6. Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire visant à déterminer si l'état de santé de l'assuré est stabilisé, respectivement à déterminer si le recourant pourrait prétendre à d'autres prestations accident ou à des prestations supérieures à celles déjà accordées. La demande du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve en général : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2021 du 27 juin 2022 consid. 5.2).

7. Il s'ensuit que le recours est rejeté sans frais ni dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

**Par ces motifs, le Tribunal cantonal prononce :**

1. Le recours est rejeté et la décision sur opposition de la CNA est confirmée.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 29 mars 2024.