

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 avril 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Alexandre Lehmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 18 al. 1, 19 al. 1 et 24 al. 1 LAA

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait en qualité d'aide-électricien pour le compte de l'entreprise C._____ SA. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 13 octobre 2019, l'assuré s'est blessé à l'épaule gauche en faisant une chute à vélo.

Le 17 octobre 2019, le Dr E._____, spécialiste en radiologie, a procédé à une radiographie de la ceinture scapulaire de face avec charge. Cet examen a mis en évidence une disjonction de l'articulation acromio-claviculaire gauche de grade III, mais sans qu'une fracture ou un arrachement osseux ne soit visible.

Dans un rapport du 18 octobre 2019 faisant suite à une IRM de l'épaule gauche, le Dr E._____ a conclu à l'existence d'une disjonction acromio-claviculaire de grade III, sans autre anomalie notable.

Au vu de ces résultats, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a demandé la réalisation d'une arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 25 octobre 2019. Dans son rapport daté du même jour, le Dr F._____, spécialiste en radiologie, a rendu compte des éléments suivants sous l'intitulé « conclusion » :

Entorse acromio-claviculaire classée Rockwood III.
Aspect oedémato-inflammatoire des muscles trapèze et deltoïde au niveau de leur enthèse claviculaire, mais sans signe de désinsertion.
Fine bursite sous acromio-deltoïdienne d'accompagnement.
Déchirure de la face articulaire et distale du tendon infra-épineux, touchant les fibres inférieures, et atteignant plus de 50 % de l'épaisseur tendineuse.
Intégrité des tendons supra-épineux et sub-scapulaire.
Absence de déchirure latérale de type SLAP.
Pas d'anomalie osseuse ou articulaire gléno-humérale.

Dans un rapport du 29 octobre 2019, le Dr D. _____ a indiqué ne pas avoir relevé d'hypoesthésie dans le territoire des nerfs axillaire et suprascapulaire. En revanche, il a constaté une éraflure sur l'acromio-claviculaire, ainsi qu'une importante surélévation de la clavicule gauche. La rotation externe coude au corps était bonne avec une force conservée, alors qu'il y avait une faiblesse au Belly-press résisté, ainsi qu'en rotation externe en flexion. Le médecin prénommé n'a pas observé de nette laxité, ni de claquement. Comme les lésions présentées par l'assuré étaient mineures, il a prescrit un traitement conservateur sous forme de séances de physiothérapie dirigée, qu'il a renouvelé les 16 décembre 2019 et 9 juin 2020.

A la demande du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA (rapport du 5 janvier 2021), le Dr D. _____ a une nouvelle fois examiné l'assuré. Dans son rapport du 4 mars 2021, ce médecin a déclaré ne pas avoir noté d'amyotrophie ni d'hypoesthésie proximale du membre supérieur gauche, tandis qu'il a relevé la présence d'une dyskinésie et, en flexion, d'un arc douloureux en fin de mouvement. Ayant demandé la réalisation d'une arthro-IRM de l'épaule gauche (pratiquée le 16 février 2021), il a constaté, par rapport à 2019, une nette cicatrisation de l'entorse acromio-claviculaire. Il a toutefois observé une péjoration de la déchirure de la face articulaire du tendon supra-épineux au niveau du tiers supérieur, ainsi qu'une déchirure de la face profonde du tiers supérieur du tendon sous-scapulaire avec une subluxation antérieure du tendon du long chef du biceps présentant des signes discrets de tendinopathie et une déchirure de la portion inférieure et distale de l'intervalle des rotateurs au niveau du ligament gléno-huméral supérieur. A cela s'ajoutait une bursite sous-acromio-deltoïdienne. Fort de ses constatations, le Dr D. _____ a estimé qu'il n'y avait pas d'autre alternative qu'une arthroscopie de l'épaule gauche associée à une réparation du sous-scapulaire et du supra-épineux assistée de cellules souches.

Dans la mesure où l'assuré a exprimé des réticences à propos de l'intervention chirurgicale proposée, le Dr H. _____ a sollicité un deuxième avis auprès du Prof. B. _____, chef du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV. Dans son rapport du 19 juillet 2021 consécutif à une consultation du 15 juillet précédent, ce médecin a posé les diagnostics de cervicalgies et de scapulalgies gauches au décours, de status après entorse acromio-claviculaire gauche stade III selon Tossy en novembre 2019 et de tendinopathie avec lésion partielle de petite taille à l'insertion du sus-épineux gauche. Au terme de son examen clinique, le Prof. B. _____ a retenu que l'assuré présentait des douleurs cervicales et une gêne omothoracique au décours après une luxation acromio-claviculaire de stade III. La laxité acromio-claviculaire était encore légèrement augmentée, mais il n'y avait pas d'incompétence ligamentaire significative. Il n'a donc pas retenu d'indication à une approche chirurgicale au niveau acromio-claviculaire. De plus, l'intéressé ne présentait aucune symptomatologie typique d'une atteinte localisée de la coiffe des rotateurs, si bien que le médecin prénommé a écarté, sur la base de l'examen clinique effectué et de l'imagerie à disposition, toute indication à un geste chirurgical au niveau de la coiffe des rotateurs. Quant à l'assuré, il a fait part de son refus de toute intervention chirurgicale compte tenu de l'amélioration de la situation grâce à la physiothérapie.

Procédant à l'examen clinique de l'assuré le 21 septembre 2021, le Dr H. _____ a, dans un rapport du 24 septembre 2021, posé les diagnostics de luxation acromio-claviculaire de stade III selon Rockwood de l'épaule gauche le 13 octobre 2019, de déséquilibre scapulo-thoracique gauche fonctionnel secondaire et de tendinopathie avec lésion partielle de petite taille à l'insertion du sus-épineux gauche. Sur le plan objectif, il a constaté la présence d'une importante asymétrie de l'épaule avec une épaule gauche basse, qui pouvait être contrôlée avec une élévation volontaire. S'il n'y avait pas de lésion de la coiffe des rotateurs, le contrôle de la scapula était très mauvais, ce qui entraînait des tensions de la musculature paracervicale. Aussi, le Dr H. _____ a-t-il proposé à l'assuré d'effectuer un séjour à la Clinique L. _____ afin de « profiter des infrastructures et d'une réhabilitation stationnaire à sec et en piscine, en

précisant également que le fait que la rééducation soit quotidienne et qu'il y ait un environnement multidisciplinaire allait l'aider dans la reconstruction de son équilibre de l'épaule gauche ». L'intéressé ayant décliné cette suggestion, le Dr H. _____ lui a laissé le temps de la réflexion.

Le 4 avril 2022, le Dr M. _____, médecin praticien et médecin-conseil auprès de la CNA, a réalisé l'examen final de l'assuré. Dans son rapport du 13 avril 2022, il a posé le diagnostic d'entorse acromioclaviculaire gauche de stade III selon Rockwood. Constatant que la situation était comparable à celle mise en évidence au mois de septembre 2021 par le Dr H. _____, il a estimé que le cas devait être considéré comme stabilisé. Si la capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-électricien était nulle, elle était en revanche entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, à savoir limitant les « positions bras au-dessus de l'horizontale et les préhensions en force ainsi que les mouvements répétés de l'épaule dominante ». Le traitement de physiothérapie suivi actuellement n'avait plus de justification médicale. Se fondant sur la table 1 de la CNA concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, le Dr M. _____ a, par analogie à une périarthrite scapulo-humérale, fixé à 5 % le taux d'atteinte à l'intégrité.

Le 22 avril 2022, la CNA a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident du 13 octobre 2019, si bien qu'elle a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 mai 2022. Elle a indiqué qu'elle examinait si les conditions d'octroi d'autres prestations de l'assurance-accidents étaient réalisées.

Par décision du 25 mai 2022, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, faute d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident (perte de gain de 8 %). En revanche, suivant l'appréciation du Dr M. _____, elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

Représenté par Me Alexandre Lehmann, avocat, l'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 24 juin 2022 en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 60 % au minimum dès le 1^{er} juin 2022 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Il faisait valoir que, même dans une activité adaptée, sa capacité de travail n'excédait pas 30 % et que, par ailleurs, compte tenu de ses importantes limitations fonctionnelles au membre supérieur gauche et de ses ressources cognitives limitées, il convenait d'opérer un abattement de 15 % au minimum sur le revenu d'invalidé. Quant à l'atteinte à l'intégrité, il l'estimait sous-évaluée. L'assuré a annoncé la production d'un rapport médical propre à étayer ses allégations.

Le 10 janvier 2023, l'assuré a produit une attestation médicale établie le 28 novembre 2022 par le Dr N. _____, médecin praticien. Selon ce médecin, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : impossibilité de soulever toute charge supérieure à 5 kg avec le membre supérieur gauche ; impossibilité physique à tout effort impliquant l'épaule gauche, quelle que soit la charge en traction, rotation, élévation antérieure, abduction dans le plan frontal par rapport à la verticale et rétropulsion ainsi que l'impossibilité de toute activité physique avec les bras au-dessus de l'horizontale et/ou au-dessus de la tête ; alors que l'activité habituelle d'électricien n'était plus exigible, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites était de 100 %. Dans ses déterminations, l'assuré, s'il a déclaré se rallier à cette appréciation, a en revanche maintenu qu'un abattement de 15 % était justifié en raison de ses limitations fonctionnelles au membre supérieur gauche et de ses capacités cognitives limitées, ce qui conduisait à une perte de gain de 21 %.

Par courrier du 4 mai 2023, la CNA a avisé l'assuré qu'elle entendait admettre partiellement l'opposition du 24 juin 2022, en ce sens qu'elle lui reconnaissait le droit à une rente d'invalidité de 12 % à compter du 1^{er} juin 2022, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 74'750 fr. et d'un revenu d'invalidé fondé sur les statistiques salariales de 66'073 francs. Le taux de l'atteinte à l'intégrité demeurait quant à lui inchangé.

Par courriers des 29 juin et 31 juillet 2023, l'assuré a indiqué qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur le taux d'invalidité retenu ainsi que sur celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dans la mesure où il était dans l'attente d'un nouveau rapport médical.

Le 19 octobre 2023, l'assuré a complété son opposition en se prévalant d'un rapport établi le 4 septembre 2023 par la Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation. Cette médecin a exposé qu'une arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 21 août 2023 avait mis en évidence une évolution dégénérative arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire et une pseudarthrose d'un fragment claviculaire. Il y avait par ailleurs un statut inflammatoire avec une bursite et une discrète enthésopathie. Dès lors que ces inflammations - périarthropathies - étaient plus fréquentes sur un terrain arthrosique et qu'elles étaient susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail, la Dre P._____ a fixé à 80 % dite capacité dans une activité adaptée. Celle-ci ne devait pas comporter de port répété de charges excédant 5 kg, de travaux en-dessus de la tête et les bras à l'horizontale plus de quelques minutes, de montée d'échelle ou d'échafaudage ni de tâches consistant à tirer ou pousser des charges au niveau latéral. Lors de son examen clinique, la médecin prénommée a également constaté une mobilité réduite à l'abduction à gauche à 130 degrés, alors que d'autres mouvements étaient moins limités mais assez douloureux en comparaison de la droite, en particulier la rotation externe. Aussi a-t-elle estimé que l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 20 % compte tenu d'une diminution de la mobilité et d'une périarthropathie moyenne. Fort de ces éléments, l'assuré a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 40 % au minimum dès le 1^{er} juin 2022 ainsi que d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité de 20 %.

Dans un rapport du 23 avril 2024 adressé à la Dre P._____, le Dr D._____ a relevé, lors de sa consultation du même jour, une mauvaise attitude posturale avec l'épaule gauche plus basse et en avant, sans qu'il n'ait constaté d'amyotrophie ou d'hypoesthésie proximale du membre supérieur gauche. Il n'y avait pas de douleurs à la palpation proximale du membre supérieur gauche, y compris sur l'articulation acromio-claviculaire

et la clavicule distale. En revanche, il y avait une dyskinésie de l'omoplate. La flexion et l'abduction active étaient environ symétriques. S'il manquait un demi-travers de main en rotation interne, la rotation externe coude au corps était symétrique avec une bonne force. Quant à l'arthro-IRM du 21 août 2023, elle montrait la persistance d'une SLAP IIA, avec une bonne cicatrisation de l'entorse acromio-claviculaire, ainsi que d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne. Les fibres superficielles du supra-épineux étaient cicatrisées. De l'avis du Dr D. _____, le problème principal de l'assuré était la dyskinésie de l'omoplate, de sorte qu'il convenait de privilégier des séances de physiothérapie plutôt qu'une intervention chirurgicale.

Sollicité pour appréciation, le Dr M. _____ a rendu un rapport final le 1^{er} mars 2024. Il a posé les diagnostics d'entorse acromio-claviculaire gauche de stade III de Rockwood (traitement conservateur), d'arthropathie acromio-claviculaire gauche et d'enthésopathie du supra-épineux gauche. Ce médecin a exposé en quoi le rapport de la Dre P. _____ ne permettait pas de modifier le pourcentage de la capacité de travail dans une activité adaptée - fixé à 100 % - ni de revenir sur le taux d'atteinte à l'intégrité de 5 %.

Par décision sur opposition du 9 juin 2025, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré, en ce sens qu'elle lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 12 % à compter du 1^{er} juin 2022, l'opposition étant rejetée pour le surplus.

B. **a)** Par acte du 21 août 2025, A. _____, a, sous la plume de son conseil, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition du 9 juin 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité de 40 % dès le 1^{er} juin 2022 ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision.

Dans un premier moyen, l'assuré a critiqué le taux d'invalidité calculé par la CNA en contestant, d'une part, la pleine capacité de travail

qu'elle lui a reconnu dans une activité adaptée et, d'autre part, le fait qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidé. S'agissant de la capacité de travail, il estimait que c'était à tort que le Dr M. _____ n'avait pas tenu compte de l'évolution dégénérative arthrosique mise en évidence par la Dre P. _____. Aussi, son appréciation n'emportait pas la conviction, ce d'autant que, à l'instar du Dr N. _____, il ne disposait d'aucune spécialisation en chirurgie orthopédique de l'appareil locomoteur ou en médecine physique et réadaptation et qu'il n'avait de surcroît procédé à aucun examen clinique. L'assuré était dès lors d'avis qu'il convenait de retenir une capacité de travail de 80 % plutôt que de 100 %. S'agissant de l'abattement, il soutenait avoir toujours exercé des activités physiquement éprouvantes, si bien qu'il était désavantagé sur le plan de la rémunération par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail. De plus, ses ressources cognitives modestes faisaient obstacle à l'exercice à plein temps des activités retenues par la CNA. Compte tenu par ailleurs d'une capacité de travail n'excédant pas 80 %, l'assuré estimait par conséquent qu'il y avait lieu de retenir un abattement de 15 % au minimum, lequel, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, conduisait à une perte de gain de 40 %.

Dans un second moyen, l'assuré s'en est pris à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité effectuée par la CNA, en lui reprochant d'avoir écarté l'appréciation circonstanciée et convaincante de la Dre P. _____ au profit de celle du Dr M. _____. Si, comme le prétendait ce dernier, l'estimation de sa consoeur était trop vague, la CNA aurait alors dû « mettre en œuvre une expertise médicale pour une appréciation précise du taux d'atteinte à l'intégrité ». En l'absence d'un tel examen, il convenait donc de privilégier l'appréciation de la Dre P. _____ et de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 %.

Dans un dernier moyen, l'assuré a invoqué une violation de la maxime inquisitoire sociale. En effet, vu les divergences d'opinion entre le Dr M. _____ et la Dre P. _____ concernant en particulier la capacité de travail, la CNA aurait à tout le moins dû mettre en œuvre une expertise médicale afin de disposer d'une appréciation précise des limitations

fonctionnelles. En tout état de cause, pour le cas où la Cour de céans ne devait pas être convaincue du bien-fondé des rapports établis par ses médecins traitants, il convenait de diligenter une expertise judiciaire afin de déterminer dans quelle mesure les affections présentées influent sur la capacité de travail dans une activité adaptée ainsi que sur l'atteinte à l'intégrité.

b) Dans sa réponse du 6 octobre 2025, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que, en présence des avis concordants des Drs M. _____ et N. _____, il n'y avait pas lieu de suivre le point de vue de la Dre P. _____ à propos de la capacité de travail, ce d'autant que l'appréciation du Dr M. _____ satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Dans ces conditions, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise ne se justifiait pas. Elle a ensuite expliqué pour quels motifs il n'y avait pas lieu de pratiquer un abattement sur le revenu d'invalidé, lequel ne prêtait dès lors pas le flanc à la critique. Enfin, la CNA a souligné que la Dre P. _____ avait surestimé l'atteinte à l'intégrité en se fondant sur une mobilité réduite et une péri-arthropathie moyenne. En effet, une périarthrite scapulo-humérale impliquait par définition une certaine limitation du membre supérieur, si bien que le taux de 5 % retenu par le Dr M. _____ n'était pas critiquable, puisqu'une périarthrite scapulo-humérale légère n'ouvrait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon la table 1.

c) Par réplique du 8 décembre 2025, l'assuré a pris position sur les arguments développés par la CNA dans sa réponse en renvoyant pour l'essentiel aux explications contenues dans son mémoire de recours du 21 août 2025. Il a confirmé ses conclusions.

d) S'exprimant par pli du 19 janvier 2026, la CNA a indiqué que, faute d'élément nouveau allégué, elle renonçait à déposer formellement une détermination complémentaire, si bien qu'elle renvoyait à son mémoire de réponse du 6 octobre 2025, dont elle a déclaré confirmer les conclusions.

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).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) 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 a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation, respectivement le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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.

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

c) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, 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.

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et

l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

5. 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).

6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente, à la suite de son accident du 13 octobre 2019, des séquelles à son épaule gauche (arthropathie acromio-claviculaire) à l'origine de limitations fonctionnelles (pas de position des bras au-dessus de l'horizontale ; pas de

préhensions en force ; pas de mouvements répétés de l'épaule dominante ; pas de ports de charges répétés de plus de 5 kg) qui l'empêchent de poursuivre son activité habituelle d'aide-électricien. Alors que l'intimée estime que le recourant peut exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la Dre P._____ considère que la capacité de travail du recourant ne dépasse pas 80 %.

b) Il n'y a pas lieu, en l'état du dossier, de s'écarter du raisonnement de l'intimée, lequel rejoint par ailleurs l'appréciation faite par le Dr N._____ dans son attestation médicale du 28 septembre 2022. En effet, la Dre P._____ ne justifie en aucune façon, dans son rapport du 4 septembre 2023, le taux de 80 % qu'elle retient et les raisons pour lesquelles le recourant ne serait pas en mesure d'exercer, moyennant le respect des diverses limitations fonctionnelles constatées, une activité à 100 %. Par ailleurs, en réponse à l'évolution mise en évidence par ce médecin, on ne peut que partager les doutes exprimés par le Dr M._____ quant à l'existence d'une pseudarthrose d'un fragment claviculaire en l'absence de toute mention d'une fracture ou d'une lésion osseuse au moment de l'accident (cf. rapport du Dr D._____ du 29 octobre 2019 ; voir également les rapports du Dr E._____ des 17 octobre 2019 [RX de la ceinture scapulaire de face avec charge] et 18 octobre 2019 [IRM de l'épaule gauche] et du Dr F._____ du 25 octobre 2019 [arthro-IRM de l'épaule gauche]), étant à cet égard encore précisé que le Dr D._____ ne fait pas mention, dans son rapport du 23 avril 2024 adressé à la Dre P._____, d'une telle pathologie.

c) S'il est vrai que l'appréciation du Dr M._____ du 1^{er} mars 2024 ne résulte pas d'un examen clinique, elle tient toutefois compte de l'ensemble du dossier médical, dont son propre examen clinique du 4 avril 2022, ainsi que des rapports médicaux établis par les médecins traitants. Par ailleurs, le Dr M._____ s'est fondé dans une large mesure sur les différents clichés radiologiques, lesquels sont déterminants pour le genre d'atteinte dont souffre l'assuré. Il convient enfin de relever que, d'après la jurisprudence, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car cette autorité n'intervient pas

comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Au demeurant, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C_316/2019 du 24 octobre 2019 consid. 5.4 et les arrêts cités). C'est ainsi en vain que le recourant tente de discréditer les constatations du Dr M._____, en se prévalant du fait qu'il ne possède « aucune spécialisation, ni en général, ni pour une spécialité de l'appareil locomoteur comme FMH en rhumatologie, chirurgie orthopédique ou médecine physique ou réadaptation ». Ce qui est déterminant est qu'il n'existe aucun indice concret permettant de douter de ses conclusions. Tel est le cas en l'espèce, comme vu au considérant 6b ci-dessus.

d) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions du Dr M._____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît inutile (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

e) En résumé, il y a lieu de retenir que le recourant dispose, compte tenu des seules séquelles de son accident, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Cela étant constaté, il convient d'examiner le degré d'invalidité du recourant.

a) 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). 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_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.1).

b) 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 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ; 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).

c) 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). Lorsque la

personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 148 V 419 consid. 5.2 ; 148 V 174 consid. 6.2 ; 143 V 295 consid. 2 ; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2).

d) En ce qui concerne la comparaison des revenus effectuée par l'intimée, il n'y a pas lieu de s'écarter – faute de critiques à ce propos – des données prises en considération par la CNA pour procéder à la comparaison des revenus sans et avec invalidité – fixés respectivement à 74'750 fr. et à 66'073 fr. –, sous réserve de l'absence d'abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé.

aa) 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, l'âge, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé 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 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

bb) L'intimée n'a, dans le cas d'espèce, pas violé le droit fédéral en ne retenant aucun abattement sur le salaire statistique. Il y a tout d'abord lieu de constater qu'il ne se justifie pas de procéder à un abattement afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Il convient en effet d'admettre qu'il existe sur le marché du travail un certain nombre d'activités légères qui respectent les limitations fonctionnelles mises en évidence (pas de position des bras au-dessus de l'horizontale ; pas de préhensions en force ; pas de mouvements répétés de l'épaule dominante ; pas de ports de charges répétés de plus de 5 kg). A cet égard, il sied de souligner qu'il n'est fait état que d'une restriction de l'utilisation du bras gauche (et non pas d'une exclusion). Pour le reste, il ne ressort pas du dossier que d'autres facteurs pourraient jouer un rôle sur les perspectives salariales du recourant dans le cadre de l'exercice d'une

activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière ou d'expérience professionnelle spécifique. En effet, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, si bien qu'il n'y a pas matière de procéder à un abattement à ce titre (TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 ; 9C_200/2017 du 14 novembre 2017), étant encore relevé dans ce contexte que la Dre P._____ a écarté toute limitation de nature neuropsychologique.

cc) Au final, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la CNA, selon laquelle un abattement sur le revenu d'invalidité n'entre pas en considération.

e) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 74'750 fr. avec un revenu d'invalidité de 66'073 fr. aboutit au constat d'une perte de gain de 11,61 %, arrondie à 12 % (ATF 130 V 121), taux qui ouvre le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 12 %.

8. Le requérant reproche en dernier lieu une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit.

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

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

b) 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).

c) 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 209 consid. 4a/bb ; 124 V 29 consid. 1b ; TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3). 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_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.3 ; 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.

d) En l'occurrence, le recourant s'est vu reconnaître par l'intimée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % en raison de l'existence de troubles fonctionnels du membre supérieur gauche assimilables à une périarthrite scapulo-humérale (selon la table 1 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA).

Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de prendre en considération le taux de 20 % avancé par la Dre P._____. L'appréciation de cette médecin n'est en effet pas suffisamment motivée, en particulier sur le plan clinique, pour être prise en considération. Dans son appréciation médicale du 1^{er} mars 2024, le Dr M._____ a souligné que sa consœur n'avait pas spécifié de manière quantitative toutes les amplitudes de l'épaule, en particulier les rotations. Par ailleurs, son examen ne comprenait pas de testing de la coiffe et ne présentait pas non plus de mesures dynamométriques. Il n'y avait pas davantage de mensurations pour apprécier une éventuelle amyotrophie. L'abduction de l'épaule gauche n'avait pas été évaluée par comparaison avec l'épaule droite. Au vu de ces éléments, le Dr M._____ a estimé que l'examen effectué par la Dre P._____ était trop vague pour remettre en cause le taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % tel que fixé le 4 avril 2022 (cf. l'appréciation médicale du Dr M._____ du 1^{er} mars 2024).

L'appréciation de la Dre P._____ entre également en contradiction avec les différents constats cliniques opérés par les Drs B._____ (rapport du 19 juillet 2021), M._____ (rapport du 4 avril 2022) ou D._____ (rapport du 23 avril 2024), lesquels n'ont pas mis en évidence de limitations significatives dans la mobilité de l'épaule gauche pouvant justifier une atteinte à l'intégrité. Ainsi, le Dr B._____ avait constaté une force excellente et une mobilité des épaules complète et symétrique ; l'examen effectué par le médecin prénommé n'avait révélé qu'une discrète augmentation de la laxité acromio-claviculaire gauche, principalement antéro-postérieure. De son côté, le Dr M._____ a exposé que, lors de son appréciation d'avril 2022, la mobilité des épaules retrouvait des mouvements d'élévation/abduction à 180° de manière bilatérale et que, en

décubitus dorsal, les rotations internes et externes des épaules étaient complètes et symétriques, quoique légèrement différentes entre la gauche et la droite ; ce médecin n'avait mis en évidence qu'une discrète augmentation de la laxité acromio-claviculaire gauche, principalement antéro-postérieure. Quant au Dr D._____, il n'avait pas constaté d'amyotrophie ou d'hypoesthésie proximale du membre supérieur gauche ; il n'y avait pas de douleurs à la palpation proximale du membre supérieur gauche, y compris sur l'articulation acromio-claviculaire et la clavicule distale ; en revanche, il y avait une dyskinésie de l'omoplate ; la flexion et l'abduction active étaient environ symétriques ; s'il manquait un demi-travers de main en rotation interne, la rotation externe coude au corps était symétrique avec une bonne force.

e) La décision attaquée doit donc être confirmée dans la mesure où elle fixe à 5 % l'atteinte à l'intégrité corporelle pour les seules séquelles cliniques engageant la responsabilité de l'intimée.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

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

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 9 juin 2025 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 Alexandre Lehmann, avocat (pour A. _____),
- 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 :