

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2109/2024

ATAS/625/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 août 2025

Chambre 9

En la cause

A _____
représenté par Me Z _____, avocat

recourant

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1964, était employé depuis le 1^{er} septembre 2015 par la société B_____SA (ci-après : employeur) en qualité de monteur d'échafaudages.

À ce titre, il était assuré contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : CNA).

b. Le 28 juillet 2021, sur un chantier, alors qu'il descendait les escaliers avec du matériel, il a glissé et est tombé (déclaration de sinistre LAA du 29 juillet 2021).

Par certificat du même jour, le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics d'entorse à la cheville droite et contusion de l'épaule droite.

c. À la suite de son accident, il a été en incapacité de travail.

d. La CNA a pris en charge le cas, en versant des indemnités journalières et en s'acquittant des frais médicaux à compter du 31 juillet 2021.

B. a. Dans un rapport du 28 juillet 2021, établi à la suite d'une radiographie de la cheville, du pied et de l'épaule droits du même jour, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a noté, s'agissant de l'épaule, une congruence articulaire glénohumérale conservée et une absence de fracture visible, et, s'agissant des cheville et pied droits, une discrète tuméfaction des tissus mous en regard de la malléole externe, mais sans fracture ou arrachement sous-jacent décelable et une absence d'altération des rapports du Lisfranc.

b. Par rapport du 9 août 2021 établi à la suite d'une IRM de l'épaule droite du même jour, le Dr D_____ a conclu à une déchirure transfixiante étendue avec rétractation tendineuse du sous-scapulaire, une probable déchirure du long chef, une déchirure au minimum partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux dans sa portion antérieure avec rétraction de ses fibres profondes, une désinsertion partielle du labrum antéro-inférieur et une arthrose acromioclaviculaire.

c. Aux termes d'un rapport médical intermédiaire du 14 octobre 2021 complété par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, étaient diagnostiqués un status post traumatisme de l'épaule droite, une déchirure de la coiffe des rotateurs et une entorse de la cheville droite. Des douleurs persistaient encore à l'épaule et à la cheville droites. Le pronostic était « lentement favorable ». Des séances de physiothérapie étaient prescrites.

d. Le 3 décembre 2021, l'assuré a subi le 3 décembre 2021 une arthroscopie et un complément de suture ouverte du sus-épineux et du sous-scapulaire.

e. Dans un avis du 14 décembre 2021, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la CNA, a indiqué que l'intervention du 3 décembre 2021 était en relation de causalité naturelle probable avec l'événement du 28 juillet 2021.

f. Dans un rapport du 23 février 2022 à la suite d'une consultation, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu à une évolution lentement favorable, l'assuré devant toutefois poursuivre la physiothérapie. Il présentait encore des douleurs antérieures et latérales surtout à la mobilisation et la nuit, et l'examen clinique montrait une amyotrophie musculaire globale de l'épaule avec une douleur à la palpation antérieure de l'articulation gléno-humérale et de l'insertion du sous-scapulaire. La radiographie du même jour était sans particularité avec un espace acromial préservé.

g. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 11 mai au 14 juin 2022 pour une rééducation intensive et une évaluation professionnelle et multidisciplinaire.

Dans son rapport du 24 juin 2022 y relatif, les docteurs H_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et I_____, médecin-assistante à la CRR, ont indiqué que l'assuré a bénéficié des thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies droites. Les diagnostics retenus étaient une contusion de l'épaule et de la cheville droite, ainsi qu'une déchirure transfixiante étendue avec rétraction tendineuse du tendon du sous-scapulaire, déchirure du long chef/déchirure au minimum partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux dans sa portion antérieure avec rétraction de ses fibres profondes, désinsertion partielle du labrum antéro-inférieur, arthrose acromio-claviculaire (selon l'IRM du 9 août 2021). Comme comorbidité était retenu un syndrome d'apnées du sommeil. L'assuré présentait une incapacité de travail de 100% dans sa profession actuelle de monteur d'échafaudages du 11 mai au 15 juillet 2022. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes avaient été retenues : port de charges jusqu'à 25kg, ports de charges répétées de plus de 15-20kg, et, pour l'épaule droite, travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit, activités avec le membre supérieur droit en porte-à-faux. La situation médicale n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois et aucune nouvelle intervention n'était proposée pour l'épaule droite. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était, à terme, favorable avec une reprise du travail qui serait à faire de préférence d'une façon progressive. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable, étant attendu une pleine capacité dans une telle activité.

h. Le 10 août 2022, à la suite d'une consultation, le docteur J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état

d'une évolution actuellement stagnante avec persistance des douleurs lors des mouvements de force et lors de certains mouvements, notamment la rotation interne. L'évolution était progressivement favorable avec une légère stagnation ces derniers mois et notamment la mise en évidence d'un déficit de force et de mobilité au niveau du sous-scapulaire. La poursuite de la physiothérapie était prescrite et l'arrêt de travail prolongé.

i. Dans un rapport médical intermédiaire du 11 août 2022, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic « d'état après réparation de la coiffe de l'épaule droite en décembre 2021 ». L'évolution était lentement favorable et le pronostic favorable. La poursuite de la physiothérapie était indiquée. Une limitation fonctionnelle partielle et une baisse de force étaient attendues. Le travail en tant que monteur d'échafaudages était dorénavant contre-indiqué.

j. Le 29 novembre 2022, à la suite d'une consultation, les docteurs L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et M_____, médecin interne au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, ont noté une persistance de perte de force, notamment pour les mouvements de rotation interne, et conclu à l'impossibilité de l'assuré de reprendre son travail initial, malgré une évolution globale favorable de son épaule. La physiothérapie était prescrite afin de maintenir les amplitudes articulaires et la trophicité musculaire qui avait eu de bons effets sur l'assuré.

k. Le 5 janvier 2023, les Drs L_____ et M_____ ont indiqué, à la suite d'une consultation, que, sur le plan chirurgical, l'évolution était globalement favorable au niveau de l'épaule droite, mais qu'au vu de la persistance d'un déficit de force notamment pour les mouvements de rotation interne, il était nécessaire de réaliser une nouvelle IRM pour « bilanter notamment la réinsertion du sous scapulaire ». Si le résultat était concluant, la reprise de son travail de force restait compromise et l'assuré était encouragé à envisager une adaptation de son poste de travail, voire une réinsertion professionnelle. La physiothérapie était prescrite, celle-ci ayant permis de bons résultats tant sur le plan des amplitudes articulaires que de la restauration de la force.

l. Dans leur rapport du 17 janvier 2023 établi à la suite d'une IRM de l'épaule droite du 16 janvier 2023, les docteurs N_____, spécialiste FMH en radiologie, et O_____, médecin interne au sein du service de radiologie des HUG, ont conclu à des stigmates de réinsertion par deux ancrés et une rupture ancienne du tendon sous-scapulaire avec dégénérescence graisseuse de grade IV, une tendinopathie fissuraire étendue du tendon supra-épineux avec composante transfixiante de la partie moyenne de son enthèse et une rétraction tendineuse de type I, une fissuration profonde de l'enthèse du tendon infra-épineux sans lésion transfixiante et une tendinopathie fissuraire de la jonction postérieure.

m. Dans son rapport du 24 février 2023 établi à la suite d'une consultation, le Dr L_____ a indiqué que l'IRM du 16 janvier 2023 retrouvait une récurrence de rupture au niveau du sous-scapulaire avec une atrophie stade IV au niveau du corps musculaire. La lésion était décrite comme ancienne au niveau du sous-scapulaire. Il était également noté une tendinopathie fissuraire du sus-épineux avec composante transfixiante, sans franche rétraction. L'assuré présentait une récurrence de rupture du sous-scapulaire, actuellement non suturable vu la dégénérescence graisseuse visible. Il existait une possibilité d'optimiser la fonction de cette épaule en poursuivant la physiothérapie surtout pour renforcer la coiffe résiduelle, à savoir postéro-supérieure. Sur le plan professionnel, une reprise d'activité en force telle que monteur d'échafaudage, semblait compromise. Le Dr L_____ appuyait la demande vers une réinsertion professionnelle pour viser un métier qui ne nécessitait pas de port de charges régulier, ni de mouvement répété au niveau de cette épaule.

n. Le 25 avril 2023, le Dr F_____ a procédé à l'examen médical de l'assuré. Dans son rapport du 28 avril 2023, il a indiqué sous « diagnostic » les éléments suivants : déchirure de la coiffe des rotateurs (28 juillet 2021) ; arthroscopie et suture à ciel ouvert, sus-épineux, sous-scapulaire épaule droite du 3 décembre 2021 ; neurolyse du nerf cubital gauche, nerf médian gauche en 2019 ; opération du genou gauche au Portugal en 2000 ; syndrome d'apnée du sommeil ; obésité BMI 32,8 ; hypertension artérielle ; entorse cheville droite grade I. Sur le plan médical, le cas était « stabilisé en l'état, c'est-à-dire une perte de force au niveau des mouvements en rotation interne de l'épaule droite ». Du fait de l'importante apoptose (dégénérescence graisseuse musculaire), une réparation chirurgicale n'était pas envisageable, l'échec d'une telle intervention étant quasiment garanti. L'exigibilité dans une activité lourde telle que monteur d'échafaudage n'était plus donnée. Les limitations fonctionnelles définitives concernaient le membre supérieur droit dominant avec port de charge itératif de 15kg, port de charges répété maximum 5 kg, travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules était à éviter, une activité nécessitant de la force ou les mouvements répétés des membres supérieurs droits était contre-indiquée en particulier des mouvements de rotation interne, activité avec le membre supérieur droit en porte-à-faux. Une activité coude au corps dans l'axe était à favoriser.

o. Dans un document séparé daté du même jour, le Dr F_____ a fixé l'atteinte à l'intégrité à 15%.

p. Par courrier du 4 mai 2023, la CNA a informé l'assuré que l'examen médical du 25 avril 2023 par le médecin-conseil avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2023. Selon son service médical, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière, sans diminution de

rendement. Son éventuel droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) était en cours d'examen.

q. Par décision du 20 septembre 2023, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité compte tenu du fait que, sur la base des constatations médicales, il était à même d'exercer une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges itératif de 15kg avec le membre supérieur droit, port de charges répété maximum 5kg avec le membre supérieur droit, travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules à éviter, activité nécessitant de la force ou les mouvements répétés des membres supérieurs droits contre-indiquée en particulier des mouvements de rotation interne, activité avec le membre supérieur droit en porte-à-faux. En se fondant sur les chiffres du niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour un homme, avec un abattement de 5%, un revenu annuel de CHF 63'899.- pouvait être réalisé dans une activité adaptée au handicap de l'assuré. Comparé au gain de CHF 60'931.- réalisable sans l'accident, il n'en résultait aucune perte de gain pour l'assuré. Le droit à une IPAI de 15% lui était reconnu, correspondant à un montant de CHF 22'230.-.

r. Le 23 octobre 2023, l'assuré, par l'intermédiaire d'un avocat, s'est opposé à la décision précitée, concluant à son annulation et à la reprise du versement des indemnités journalières. Il a en outre sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il a fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé et a reproché à la CNA une instruction médicale insuffisante, dans la mesure où elle se fondait uniquement sur l'examen médical du Dr F_____ pour rendre sa décision. Ses limitations fonctionnelles étaient en réalité bien plus nombreuses que celles liées aux seules suites de l'accident du 28 juillet 2021 et retenues par le Dr F_____, qui étaient par ailleurs contestées. La CNA n'avait pas indiqué quelles activités concrètes seraient adaptées à son handicap. En outre, sa capacité de travail résiduelle ne pouvait dépasser 50% et un taux d'abattement d'à tout le moins de 15% aurait dû être retenu. Quant au taux de l'IPAI, il s'imposait de retenir au minimum un taux de 25%.

s. Dans son complément d'opposition du 5 février 2024, l'assuré a fait valoir une péjoration de la fonction, ainsi que des douleurs de son épaule droite. Son état n'étant pas stable, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire se révélait indispensable à toute prise de décision.

À l'appui de son courrier, l'assuré a produit le rapport de consultation du 11 janvier 2024 des docteurs P_____, médecin interne au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, et Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. À la suite d'une suture arthroscopique puis ouverte du sus-épineux et sous-scapulaire, l'évolution était mitigée avec un nouveau bilan IRM effectué à un an de l'intervention, montrant une dégénérescence graisseuse du sous-scapulaire stade Goutallier IV. L'assuré était toujours en arrêt de travail et effectuait des

activités manuelles légères auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Concernant l'épaule droite, il persistait un déficit comme attendu au vu des résultats de la dernière IRM, pour lequel il était préconisé dans un premier temps une infiltration à but de soulager les douleurs ainsi que la poursuite de la physiothérapie afin de maximaliser les amplitudes articulaires. Concernant l'épaule gauche, il était préconisé dans un premier temps l'obtention d'une IRM, ainsi qu'un bilan radiologique standard afin de faire le point sur la situation, l'assuré devant être revu deux mois plus tard.

t. Par décision sur opposition du 17 mai 2024, notifiée le 22 mai 2024 à l'assuré, la CNA a confirmé sa décision entreprise et rejeté l'opposition. Les documents transmis par l'assuré, notamment les rapports de son médecin traitant, ne permettaient pas de s'écarter de l'avis du Dr F_____ qui revêtait une pleine force probante. Notamment, le rapport des Drs P_____ et Q_____ du 11 janvier 2024 faisait état d'un traitement conservateur pour soulager la douleur, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'un traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré. En outre, en cas de rupture massive de la coiffe des rotateurs, avec involution graisseuse il n'y avait aucune possibilité de procéder à une chirurgie de réparation de la coiffe comme le retenait la littérature médicale. En l'absence de traitement médical permettant l'augmentation de la capacité de travail exigible, l'état de santé de l'assuré était stabilisé. S'agissant du droit à la rente, son exigibilité a été définie au terme d'un séjour de plusieurs semaines de l'assuré à la CRR. Pour le reste, les développements concernant le droit à la rente et le calcul de l'IPAI ont été repris tels que formulés dans la décision du 20 septembre 2023.

- C. a. Par acte daté du 21 juin 2024, affranchi en courrier A et reçu le 25 juin 2024, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a interjeté recours contre la décision précitée par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter le recours, à une comparution personnelle des parties, à l'audition de la docteure R_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et son médecin traitant, et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, en particulier en rhumatologie et orthopédie et, principalement, à l'annulation de la décision précitée, à constater que son état de santé n'était pas consolidé, à la reprise du versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} juin 2023, et, subsidiairement, à constater le droit à une rente d'invalidité calculée sur la base d'une diminution de la capacité résiduelle de travail de 50%, d'une diminution de rendement d'au moins 20%, ainsi que d'une diminution supplémentaire d'au moins 20% et à allouer une rente d'invalidité à 100%.

En substance, son état de santé n'était pas stabilisé au 31 mai 2023, au contraire, il s'était récemment aggravé. L'instruction menée par l'intimée s'avérait largement incomplète et insuffisante, puisqu'elle s'était exclusivement basée sur l'examen médical du Dr F_____. Or, l'avis de ce dernier était contredit par l'aggravation

de son état de santé. Subsidiativement, compte tenu de ses importantes douleurs ainsi que des limitations fonctionnelles bien plus importantes que celles retenues par le Dr F_____, la reprise d'une activité professionnelle à plein temps avec un simple abattement de 5% n'était pas exigible. À tout le moins, il convenait de calculer son droit à la rente sur la base d'une diminution de la capacité résiduelle de travail de 50% au minimum, d'une diminution de rendement d'au moins 20% ainsi que d'une diminution supplémentaire de 20% au moins également, si bien qu'il y avait lieu de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité à 100%.

Était joint au recours un bordereau de pièces contenant notamment un courriel du 4 juin 2024 de S_____, conseillère en réadaptation professionnelle de l'office cantonal des assurances sociales, aux termes duquel elle indiquait que peu de temps après la mise en place des mesures au sein des EPI débutées le 14 avril 2024, le recourant a bénéficié d'un arrêt de travail complet alors que le taux de travail était de 50% et l'activité très adaptée et de nature thérapeutique.

Étaient également jointes au recours, une lettre manuscrite de T_____, signée et datée du 21 juin 2024, accompagnée d'une copie de la carte d'identité de ce dernier, par laquelle il attestait avoir été témoin du dépôt de l'enveloppe contenant l'acte de recours par l'avocat du recourant dans une boîte postale située à l'angle des rues U_____ et V_____ [NDR : à Genève] le vendredi 21 juin 2024, aux alentours de 23h.

b. Par pli du 3 juillet 2024, la chambre de céans a imparti un délai à l'intimée pour se déterminer sur la recevabilité du recours du 21 juin 2024.

c. Par courrier du 17 juillet 2024, l'avocat du recourant a confirmé avoir déposé le recours précité en présence du témoin T_____ dans une boîte jaune de la Poste à l'angle des rues U_____ et V_____ le 21 juin 2024 à 23h environ.

Des clichés d'une boîte postale jaune à la rue V_____ ont été annexés audit courrier.

d. Le 16 juillet 2024, l'intimée a conclu, sur le fond, au rejet du recours. Elle a renoncé à déposer formellement une réponse, le recourant ayant réitéré les mêmes arguments que dans son opposition, auxquels l'intimée avait déjà répondu. N'ayant allégué aucun élément nouveau susceptible de mettre en doute l'appréciation du Dr F_____, l'intimée renvoyait à sa décision sur opposition du 17 mai 2024.

e. Le recourant n'a pas répliqué.

f. Par courrier du 13 mars 2025, le recourant a transmis une copie du projet de décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) du 19 février 2025. L'office informait le recourant qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité de 100% à partir du 1^{er} mars 2020. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI a reconnu une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de monteur en échafaudage dès le 28 juillet 2021 mais estimait que dès le mois d'avril 2023, le recourant aurait une capacité de travail de 100% dans une

activité adaptée. Le recourant a bénéficié de mesures professionnelles. À l'issue de cette instruction, l'OAI était d'avis qu'il n'y avait pas de capacité de travail exploitable dans le circuit économique normal compte tenu du fait que le recourant n'était pas en mesure de retrouver un emploi léger et adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail.

g. Le courrier précité et son annexe ont été transmis à l'intimée.

h. Par ordonnance du 14 avril 2025, la chambre de céans a ordonné la production du dossier de l'OAI.

i. Le 17 avril 2025, l'OAI a remis à la chambre de céans le CD-ROM contenant le dossier du recourant et notamment les documents suivants :

- une note de travail du 28 novembre 2023 par laquelle le service de réadaptation de l'OAI notait que, selon les observations en ateliers, le recourant pouvait tenir la position assise et debout avec une alternance toutes les 30 minutes ; il avait été observé que le recourant se plaignait de douleurs au niveau de l'épaule droite, au bas du dos, ainsi qu'au genou ; le recourant décrivait également des limitations de « son bras gauche » ; à force de solliciter les bras, le recourant avait une baisse de rythme en fin de journée et restait plus fatigué ;
- un rapport du 9 avril 2024 à la suite d'une IRM de l'épaule gauche du même jour établi par les docteurs X_____, spécialiste en radiologie, et Y_____, médecin interne au sein du service de radiologie des HUG, concluant à une tendinopathie calcifiante à l'enthèse du supra-épineux, une tendinopathie fissuraire focale quasi-transfixiante de l'enthèse du tendon sous-épineux et une tendinopathie fissuraire du long chef du biceps, subluxé médialement ;
- un « rapport final – MOP » du 13 février 2025 dans lequel il est notamment conclu, à l'issue des mesures de réadaptation, à une perte de gain de 100%, le recourant ne disposant d'aucune capacité exploitable sur le marché primaire de l'emploi ; même un 50% dans le domaine du conditionnement, en raison de la nécessité de pauses fréquentes, d'alternance de positions, de la variation des activités, de la possibilité de travailler à son rythme, n'était réalisable sur le marché, ce type s'apparentant plus à ce qu'il était possible de trouver dans un atelier protégé ; dans le cadre d'un mandat en intervention précoce, le recourant avait suivi une mesure d'orientation professionnelle qui avait démarré le 9 octobre 2023 aux EPI ; selon une note du 4 janvier 2024, le maître de réadaptation avait confié que l'état de santé de l'épaule du recourant s'était dégradé et qu'elle était en attente de nouveaux éléments médicaux afin de se positionner sur la suite à donner au dossier du recourant ; la mesure d'orientation avait été prolongée du 15 janvier au 14 avril 2024 pour évaluer s'il existait des pistes professionnelles réalistes et réalisables dans une activité adaptée qui respectait les limitations sans mettre en place un stage ; selon un dernier bilan avec les EPI le 10 avril 2024, il était indiqué que le recourant

était très consciencieux, mais qu'il devait changer d'activités deux fois par jour pour éviter les mouvements répétés avec son bras et risquer à nouveau d'aggraver son état de santé ; selon les EPI, il semblait que tout mouvement répété du bras entraînait une aggravation de son atteinte ; le recourant travaillait aussi assis, autrement il était très vite fatigué, ce qui entraînait une baisse de rendement ; afin d'avoir une plus grande clarté sur la capacité de travail réelle dans une activité adaptée et au vu de la grande volonté du recourant qui peinait toutefois à dire lorsqu'il avait mal, il était préconisé une mesure de réinsertion professionnelle sous la forme d'un entraînement progressif selon l'art. 14a LAI du 15 avril au 14 juillet 2024 ; dès le 18 avril 2024, la Dre R_____ a préconisé un arrêt complet qui ne devrait durer qu'un seul jour et finalement cet arrêt de travail a été prolongé d'un mois dès le 18 avril 2024 ; le recourant avait ensuite pu reprendre les mesures de réinsertion professionnelle selon l'art. 14a LAI du 15 juillet au 31 décembre 2024, le taux s'était fait à 50% dans l'atelier de conditionnement ;

- un rapport médical du 27 septembre 2024 de la Dre R_____ par lequel elle a reconnu une incapacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2021 en raison d'une « opération de l'épaule à la suite d'un accident de travail » ; les symptômes actuels majeurs étaient des douleurs chroniques avec éviction des mouvements des deux épaules et une lésion latérale de la coiffe des rotateurs ; toutes les amplitudes des deux épaules étaient limitées en raison de sa pathologie de base ; le recourant ne pouvait pas faire de mouvements à répétition, ni porter des charges lourdes ; l'épaule gauche était en aggravation en raison « d'effet de compensation de remplacer les mouvements » ; le recourant était inapte à reprendre son métier ; il y avait une aggravation de l'état chronique et une absence de récupération ; les déficits fonctionnels étaient les suivants : limitation des mouvements, manque de force dans les membres supérieurs et impossibilité de porter des charges lourdes ; par rapport à l'examen précédent, la situation s'était détériorée.

j. Le 5 mai 2025, la chambre de céans a sollicité de la Dre R_____ des informations complémentaires sur l'état de santé du recourant.

k. Invitée à se déterminer sur le dossier de l'OAI, l'intimée a, par courrier du 7 mai 2025, relevé que l'incapacité totale de travail du recourant était motivée, selon l'OAI, par des raisons d'ordre personnel qui ne lui permettaient pas d'exploiter de manière adéquate sa capacité résiduelle de travail. Dans le rapport relatif aux mesures d'orientation professionnelle du 13 février 2025, il était précisé que les activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant avaient été écartées en raison de son niveau de maîtrise du français, de son besoin d'évoluer dans une activité où il pouvait apprendre par démonstration, ainsi que de son âge.

l. Par rapport médical du 30 juin 2025, la Dre R_____ a répondu aux différentes questions de la chambre de céans.

Elle a notamment indiqué qu'elle suivait le recourant régulièrement depuis le 15 décembre 2022. Au 17 mai 2024, il présentait deux pathologies affectant sa capacité de travail : à l'épaule droite, une pathologie avec une rupture des tendons sous-scapulaire et sus-épineux dont l'évolution avait été stable et sans changements notables entre 2023 et 2024, le menant à un stage de réinsertion ; et l'apparition lors du stage de réinsertion de nouvelles pathologies confirmées par une IRM en avril 2024, soit les diagnostics de tendinopathie calcifiante à l'enthèse du supra-épineux à corrélérer à un bilan radiographique, une tendinopathie fissuraire focale transfixiante de l'enthèse du tendon sous-épineux et une tendinopathie fissuraire du long chef du biceps subluxé médialement. En conséquence, le recourant présentait une limitation dans tous les mouvements de l'épaule gauche en raison de douleurs avec péjoration lors des mouvements répétitifs, en particulier lors du stage. Cette nouvelle pathologie tendineuse de l'épaule gauche, combinée à la pathologie préexistante de l'épaule droite, a mené à une nouvelle incapacité de travail complète à compter du 18 avril 2024 jusqu'au 17 mai 2024.

m. Le rapport précité a été transmis aux parties le 2 juillet 2025.

n. Par courrier du 13 août 2025, le recourant a sollicité un délai au 30 septembre 2025 afin de verser à la procédure des éléments médicaux supplémentaires.

o. Le 15 août 2025, la chambre de céans a refusé la demande de production de pièces du recourant, au motif que le dossier était en état d'être jugé.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Il convient d'examiner la recevabilité du recours quant au délai.

1.2.1 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 *cum* 60 al. 2 LPGA). L'acte de recours doit être remis au plus tard au tribunal compétent ou, à son adresse, à la Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 39 al. 1 *cum* 60 al. 2 LPGA *par analogie* ; Jean MÉTRAL, *in* Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 3 *ad* art. 60 LPGA).

1.2.2 L'élément déterminant pour la sauvegarde du délai de recours est le dépôt de l'acte de recours en temps utile dont le recourant a le fardeau de la preuve. Il incombe ainsi à la partie recourante d'apporter la preuve stricte de l'expédition en temps utile d'un acte de procédure, soit du respect du délai. En particulier, il appartient à l'expéditeur d'apporter la preuve du dépôt de son acte de recours auprès de la Poste suisse au plus tard à minuit le dernier jour du délai (ATF 142 V 389 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C_1701/2021 du 4 octobre 2021).

L'envoi est présumé remis à la Poste suisse à la date mentionnée sur le tampon apposé sur l'enveloppe par l'office postal ou à la date mentionnée lors du premier enregistrement électronique de l'envoi par la Poste suisse (*Track & Trace*). Cette présomption peut être levée par d'autres moyens de preuve, par exemple en faisant attester la date de l'envoi par un ou plusieurs témoins mentionnés sur l'enveloppe (ATF 142 V 389 consid. 2.2 ; Jean MÉTRAL, *op. cit.* n. 7 *ad* art. 60 LPGA).

L'avocat qui dépose son pli dans une boîte postale après la fermeture du guichet doit s'attendre à ce que le courrier ne soit pas enregistré le jour même de la remise, mais à une date ultérieure. Aussi doit-il indiquer spontanément à l'autorité de recours, et avant l'échéance du délai, qu'il a respecté celui-ci, en présentant les moyens qui l'attestent. Pour renverser la présomption, il importe que la partie recourante produise ses preuves dans le délai de recours, ou du moins les désigne dans l'acte de recours, ses annexes ou sur l'enveloppe qui le contient (ATF 147 IV 526 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_569/2023 du 31 juillet 2023 consid. 1.1).

Est notamment admissible, à titre de preuve, l'attestation de la date de l'envoi par un ou plusieurs témoins mentionnés sur l'enveloppe concernée. La présence de signatures sur l'enveloppe n'est pas, en soi, un moyen de preuve du dépôt en temps utile, la preuve résidant dans le témoignage du ou des signataires ; il incombe dès lors à l'intéressé d'offrir cette preuve dans un délai adapté aux circonstances, en indiquant l'identité et l'adresse du ou des témoins (arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2018 du 7 novembre 2018 consid. 3.3).

1.2.3 En l'espèce, la décision querellée a été notifiée au recourant le 22 mai 2024. Le délai de 30 jours pour recourir par-devant la chambre de céans est donc arrivé à échéance le 21 juin 2024. Le sceau postal figurant sur l'enveloppe contenant le

recours porte la date du 24 juin 2024 et a été reçu le 25 juin 2024 par la chambre de céans. Le recours est ainsi présumé avoir été déposé tardivement.

Cette présomption étant réfragable, il convient d'examiner si le recourant, soit pour lui son avocat, a apporté la preuve stricte du respect du délai de recours conformément à la jurisprudence fédérale précitée.

À l'intérieur de l'enveloppe qui contenait le recours et son bordereau de pièces, se trouvait une lettre manuscrite datée du 21 juin 2024 ayant la teneur suivante : « [j]e, soussigné, T_____, atteste avoir été témoin du fait que Maître Z_____ a déposé la présente enveloppe dans la boîte jaune de la Poste à l'angle de la rue U_____ et la rue V_____, le vendredi 21 juin 2024 aux alentours de 23h ». Le prénom, le nom, l'adresse ainsi que la signature manuscrite du témoin étaient inscrits sur la lettre. De plus, celle-ci était accompagnée d'une copie de la carte d'identité du témoin T_____. Par courrier du 17 juillet 2024, l'avocat du recourant a encore indiqué qu'il avait remis son mémoire de recours dans la boîte aux lettres se situant à l'angle des rues U_____ et V_____ le 21 juin 2023 à 23h environ, en présence dudit témoin.

Force est de constater que le recourant a bel et bien présenté avant l'échéance du délai de recours le moyen de preuve établissant le dépôt en temps utile de son mémoire de recours. En effet, dans l'enveloppe contenant le recours, se trouvait une lettre manuscrite d'un témoin qui a fourni des explications relatives à l'envoi du mémoire de recours. Ce témoin a ainsi attesté que le pli avait été déposé dans une boîte aux lettres de la Poste suisse le 21 juin 2024 avant minuit, étant précisé que la lettre était manuscrite, mentionnait la date du 21 juin 2024 et contenait les coordonnées ainsi que la signature du témoin concerné. L'avocat du recourant a en outre fourni des indications à cet égard, dont la teneur était la même que les explications du témoin.

Il sied également de relever que l'intimée, invitée à se prononcer sur la recevabilité du recours, n'y a pas donné suite, de sorte qu'il peut être admis qu'elle ne la conteste pas.

Sur la foi de cette attestation et des indications fournies par l'avocat du recourant, la chambre de céans considère que le mémoire de recours a bel et bien été remis en temps utile à la Poste suisse.

Par conséquent, il y a lieu d'admettre que l'acte de recours a été déposé dans le délai légal.

Partant, le recours, interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, est recevable.

2. Il convient de définir l'objet du litige.

2.1 Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie,

sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

2.2 Selon la jurisprudence, la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical, d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

2.3 En l'occurrence, la décision litigieuse du 17 mai 2024 confirme, sur opposition, celle du 20 septembre 2023, par laquelle l'intimée a statué sur les droits du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Préalablement, l'intimée avait, par courrier du 4 mai 2023, informé le recourant qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières et au paiement des soins médicaux avec effet au 31 mai 2023.

Par conséquent, en rendant une décision formelle le 20 septembre 2023, confirmée sur opposition le 17 mai 2024, de refus d'invalidité et d'octroi d'une IPAI de 15%, l'intimée a, par voie de conséquence, également refusé formellement le versement de l'indemnité journalière et le paiement des soins médicaux dès le 1^{er} juin 2023.

Le litige porte en conséquence tant sur la cessation au 31 mai 2023 des prestations précitées que sur le refus d'une rente d'invalidité et le taux de l'IPAI.

Partant, les conclusions du recourant sont recevables.

2.4 Le litige porte donc sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 31 mai 2023, cas échéant sur l'évaluation de son degré d'invalidité et le taux de l'IPAI octroyé par l'intimée.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

En cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par un accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné si lesdites atteintes résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant rappelé que l'obligation de prester de l'assureur-accidents existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait entraîné directement une atteinte structurelle au membre lésé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références).

Le simple fait que l'assuré ait exercé une activité inadaptée aux atteintes à la santé d'origine accidentelle n'est pas suffisant pour nier le lien de causalité avec les troubles qui en résultent. Autre est la question de savoir si l'on peut exiger de lui qu'il y mette fin et dans quelle mesure cela peut entraîner une amélioration de son état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et les références).

3.2 Les prestations suivantes sont notamment prévues en cas d'accident.

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il est précisé à l'art. 6 LPGA, première phrase, qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Par ailleurs, aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

3.3 En vertu 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.

L'art. 19 al. 3 LAA indique que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

3.3.1 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 (ATF 134 V 109 consid. 4.3). 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 pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_799/2023 du 3 septembre 2024 consid. 3.3.1 et les références ; 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4 cité dans David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, *in* HAVE/REAS 4/2023, p. 316). Les renseignements médicaux relatives aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, généralement saisis sous la notion de pronostic, constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références).

Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_363/3030 du 29 septembre 2020 consid. 4.1 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316). Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 5.2 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316).

Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à

une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

3.4 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

3.5 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux

importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

3.5.1 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

3.5.2 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

3.5.3 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un

médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

3.5.4 Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

3.5.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.6 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence)

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération 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 (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

4. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 31 mai 2023. En se fondant sur l'avis de son médecin-conseil à la suite de l'examen médical du 25 avril 2023, elle a considéré que le recourant n'avait plus besoin de traitement et que celui-ci avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sans perte de rendement. Elle a par la suite nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et lui a reconnu le droit à une IPAI de 15%, correspondant à un montant de CHF 22'230.-.

Le recourant conteste l'appréciation du Dr F_____, tant sur le plan de la stabilisation de son état de santé que sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il estime que sa situation médicale n'était pas stabilisée au 31 mai 2023, au contraire, celle-ci s'était aggravée, notamment à son épaule droite. Il reproche à l'intimée d'avoir mené une instruction incomplète et insuffisante, de sorte qu'il convenait de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire, en particulier en rhumatologie et orthopédie.

4.1 À titre liminaire, il est relevé que le lien de causalité entre l'atteinte à l'épaule droite et l'accident du 28 juillet 2021 est admis par l'intimée.

Il en va de même de l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès l'accident, qui n'est pas remise en cause par les parties.

Restent litigieuses les questions d'une éventuelle aggravation de son état de santé et de sa capacité de travail résiduelle.

4.2 Il s'agit donc d'examiner en premier lieu la question de la stabilisation de l'état de santé qui est principalement remise en cause par le recourant.

En l'occurrence, pour rendre sa décision querellée et considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé, l'intimée s'est appuyée sur l'appréciation du 28 avril 2023 du Dr F_____, dont il convient d'examiner la valeur probante.

4.2.1 Pour établir son rapport précité, le Dr F_____ s'est fondé sur l'ensemble des pièces médicales du dossier, dont les documents radiologiques, et a procédé à son propre examen clinique le 25 avril 2023. Les plaintes du recourant ont été prises en considération et concernaient, à ce moment-là, l'épaule droite. Au terme de son analyse, le Dr F_____ a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles le cas pouvait être considéré comme stabilisé. Il a notamment expliqué qu'après la chute du recourant, le bilan radiologique n'avait pas mis en évidence de fracture. Le traitement conservateur initial avait eu des résultats tout à fait favorables au niveau du membre inférieur droit, avec une persistance de douleurs au niveau de l'épaule droite. Un bilan complémentaire avait mis en évidence une rupture de la coiffe des rotateurs sous scapulaire et sus-épineux. Le traitement conservateur s'était poursuivi et en raison de l'échec de celui-ci, une intervention avait eu lieu le 3 décembre 2021, correspondant à une tentative de suture arthroscopique, complétée par une suture à ciel ouvert au niveau du sous-scapulaire en raison d'une rétraction de celui-ci. L'évolution était plus au moins favorable avec la récupération d'une certaine mobilité, mais avec une persistance

d'une faiblesse dans les mouvements en rotation interne. Une nouvelle IRM ayant été réalisée en fin d'année 2022 avait mis en évidence l'échec de la réparation au niveau du sous-scapulaire, expliquant la perte de fonction en rotation interne. Du fait de l'importante apoptose, c'est-à-dire une dégénérescence graisseuse musculaire, une réparation chirurgicale n'était pas envisageable, l'échec de celle-ci étant quasiment garante. Ainsi, pour toutes ces raisons, le Dr F_____ a considéré que, sur le plan médical, l'état était stabilisé avec une perte de force au niveau des mouvements en rotation interne de l'épaule droite.

Cette appréciation est en adéquation avec d'autres avis médicaux au dossier. En effet, de nombreux médecins ont constaté une évolution favorable avec une persistance de la perte de force pour le mouvement de rotation interne au niveau de l'épaule droite et aucun médecin n'a indiqué qu'un quelconque traitement médical était de nature à améliorer de manière significative l'état du recourant. Au contraire, il ressort de différents rapports que la physiothérapie était prescrite afin de maintenir les amplitudes articulaires et la trophicité initiale (*cf.* rapport du 29 novembre 2022 des Drs L_____ et M_____) et d'optimiser la fonction de l'épaule (*cf.* rapport du 24 février 2023 du Dr L_____), et non pas à guérir l'atteinte à la santé. De plus, aucune intervention chirurgicale n'a été considérée comme envisageable pour permettre une amélioration de l'état de santé (*cf.* rapport du Dr L_____ du 24 février 2023). En outre, certains médecins font valoir qu'aucune récupération probable de la capacité de travail n'était envisagée, considérant à cet égard que la reprise de l'activité habituelle était fortement compromise (*cf.* rapports des 5 et 17 janvier 2023 des Drs L_____ et M_____).

Quant au rapport de consultation du 11 janvier 2024 des Drs P_____ et Q_____, produit dans le cadre du complément d'opposition du 5 février 2024, celui-ci ne permet pas de remettre en cause la conclusion du Dr F_____ concernant la stabilisation de l'état de santé du recourant, soit de son épaule droite plus précisément. En effet, aux termes de ce rapport, concernant l'épaule droite, il persistait un déficit pour lequel il était préconisé, dans un premier temps, une infiltration à but de soulager les douleurs ainsi que la poursuite de la physiothérapie afin de maximaliser les amplitudes articulaires. Or, conformément à la jurisprudence fédérale, l'administration d'un traitement par infiltrations, telle que suggéré par les Drs P_____ et Q_____, ne suffit pas à exclure la stabilisation de l'état de santé du recourant, ce traitement ayant au demeurant qu'une visée palliative dans le cas d'espèce. Il convient également de rappeler qu'il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. De plus, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé. En conséquence, le rapport du 11 janvier 2024 des Drs P_____ et Q_____ ne permet pas de remettre en doute la conclusion du Dr F_____ s'agissant de l'épaule droite du recourant.

En outre, la Dre R_____, médecin traitante du recourant, a confirmé l'appréciation du médecin-conseil du 28 avril 2023 s'agissant des diagnostics posés ainsi que de la stabilisation de l'état de santé du recourant concernant son épaule droite (*cf.* rapport du 30 juin 2025 de la Dre R_____).

Par conséquent, le rapport du Dr F_____ se veut *a priori* probant, dans la mesure où, au moment de son établissement, aucun élément au dossier ne permettait de remettre en cause les constatations médicales posées.

4.2.2 Reste à examiner si d'autres éléments au dossier sont susceptibles de douter du bien-fondé des conclusions du rapport du Dr F_____ du 28 avril 2023, soit d'attester d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant.

Il est rappelé à cet égard que, dans la mesure où l'intimée a fondé la décision querellée sans avoir recours à une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, il convient d'examiner s'il existe un doute, même minime, sur la validité des constatations du médecin-conseil de l'intimée.

Sollicitée par la chambre de céans, la Dre R_____, qui suit le recourant depuis le 15 décembre 2022, a attesté d'une péjoration de son état de santé qu'elle situe en avril 2024 et qui est localisée au niveau de son épaule gauche.

En effet, dans son rapport du 30 juin 2025 établi à la demande de la chambre de céans, la Dre R_____ a confirmé les atteintes à l'épaule droite telles que retenues par le Dr F_____, tout en précisant que l'évolution de la pathologie de l'épaule droite était stable et sans changements notables entre 2023 et 2024. En revanche, elle a noté l'apparition de nouvelles pathologies à l'épaule gauche, précisant que celles-ci étaient apparues lors du stage de réinsertion du recourant et ont été confirmées par une IRM en 2024 [NDR : *cf.* rapport du 9 avril 2024 des Drs X_____ et Y_____]. Il s'agit des diagnostics suivants : une tendinopathie calcifiante à l'enthèse du supra-épineux, une tendinopathie fissuraire focale quasi transfixiante de l'enthèse du tendon sous-épineux et une tendinopathie fissuraire du long chef du biceps subluxé médialement. En conséquence à ces atteintes, la Dre R_____ a conclu que le recourant présentait une limitation dans tous les mouvements de l'épaule gauche, en raison des douleurs, avec péjoration lors des mouvements répétitifs, en particulier lors du stage. Cette nouvelle pathologie tendineuse de l'épaule gauche, combinée à la pathologie préexistante de l'épaule droite, a mené à une nouvelle incapacité de travail complète entre les 18 avril 2024 et jusqu'à la fin de la période mentionnée au 17 mai 2024. Ainsi, la Dre R_____ a établi qu'en raison de cette nouvelle situation, la capacité de travail du recourant avait changé : s'additionnait aux limitations déjà connues, une incapacité nouvelle aux mouvements répétitifs et au port de charges par le membre supérieur gauche. La Dre R_____ a également expliqué que lors du stage de réinsertion professionnelle établi par l'OAI du 15 avril au 14 juillet 2024, elle a prescrit un arrêt de travail à compter du 18 avril 2024 en raison de la nouvelle pathologie à l'épaule gauche. Elle a précisé que la pathologie de l'épaule

gauche était inexistante lors de l'examen médical du recourant par le Dr F_____, de sorte que les conclusions de ce dernier concernant l'épaule droite étaient confirmées. En revanche, si l'appréciation selon laquelle le recourant présentait une capacité de travail complète dans une activité adaptée sans baisse de rendement était pertinente en avril 2023, elle ne l'était plus en mai 2024 et cela devrait mener à une nouvelle expertise.

Quant à la question de savoir s'il existe un lien de causalité entre cette nouvelle atteinte à l'épaule gauche et l'accident du 28 juillet 2021, la Dre R_____ a indiqué que la situation était moins claire. Selon elle, il était probable que les limitations fonctionnelles de l'épaule droite aient mené à une surutilisation du membre supérieur gauche lors du stage aux EPI, avec comme conséquence l'apparition de la tendinite complexe de l'épaule gauche. Toutefois, le médecin traitant ne pouvait attester d'un lien direct entre l'accident et les limitations de l'épaule gauche et préconisait la mise en place d'une expertise pour établir un éventuel lien de causalité.

Dans un précédent rapport du 27 septembre 2024 établi en faveur de l'OAI, la Dre R_____ a également attesté d'une péjoration de l'état de santé du recourant, retenant notamment que l'épaule gauche était en aggravation en raison « d'effet de compensation de remplacer les mouvements ».

Il ressort également d'une note du service de réadaptation de l'OAI du 28 novembre 2023 que le recourant décrivait des limitations à « son bras gauche » et que la sollicitation des bras entraînait une baisse de rythme.

Au vu de ces éléments, force est de constater que l'appréciation de la Dre R_____ concernant la nouvelle atteinte à l'épaule gauche, qu'elle situe en avril 2024, apparaît comme suffisamment étayée pour retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé du recourant à tout le moins dès le mois d'avril 2024. En effet, les pathologies retenues à son épaule gauche ont été objectivement constatées lors de l'IRM du 9 avril 2024 (cf. rapport du 9 avril 2024 des Drs X_____ et Y_____). Les limitations qui en découlent semblent également plausibles, dans la mesure où le recourant a été mis en arrêt complet de travail à compter du 18 avril 2024 pour une durée d'un mois alors qu'il effectuait sa mesure de réinsertion professionnelle mise en place par l'OAI. Selon la Dre R_____, cette incapacité de travail était en lien avec l'apparition de la nouvelle pathologie de l'épaule gauche. Cette limitation au niveau du « bras gauche » avait également été observée par le service de réadaptation de l'OAI en novembre 2023 (cf. note de travail du 28 novembre 2023 du service de réadaptation de l'OAI).

En outre, la chambre de céans considère qu'à ce stade, l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à l'épaule gauche et l'accident survenu le 28 juillet 2021 ne peut être exclue. En effet, le rapport de la Dre R_____ du 30 juin 2025 est de nature à jeter un doute sérieux sur l'éventualité d'un lien de causalité, en évoquant

notamment une possible sursollicitation du bras gauche en compensation des limitations fonctionnelles affectant l'épaule droite.

Il est rappelé à cet égard qu'en cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par l'accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné lesdites atteintes résultant d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant précisé que l'obligation de prêter de l'assureur-accidents existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2).

Cela étant, ce rapport précité n'est pas suffisant pour permettre, à lui seul, de tenir ce lien de causalité pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales. En effet, la Dre R_____ indique que ce lien de causalité est probable, mais qu'elle n'est pas en mesure de l'attester, de sorte qu'il convient de l'investiguer.

Ainsi, la chambre de céans considère que, bien que l'aggravation de l'état de santé du recourant en lien avec l'épaule gauche soit survenue postérieurement au rapport du Dr F_____, il appartenait à l'intimée de procéder aux investigations nécessaires à ce sujet. En effet, dès lors que l'IRM du 9 avril 2024 met en évidence une nouvelle atteinte (à l'épaule gauche), cette aggravation doit être réputée s'être manifestée avant la décision querellée. Il y a lieu de préciser que ce rapport, versé au dossier de l'OAI du recourant, était également accessible à l'intimée.

Il découle de ce qui précède que l'atteinte à l'épaule gauche attestée par la Dre R_____ n'a pas été investiguée par l'intimée et permet de faire douter de la validité des conclusions du Dr F_____ concernant la stabilisation de l'état de santé du recourant pour la période postérieure au 28 avril 2023 (date du rapport du Dr F_____), ainsi que sa capacité de travail résiduelle.

4.3 Au vu de ces éléments, la chambre de céans constate que l'investigation de l'intimée sur le plan médical est lacunaire et la décision sur opposition du 17 mai 2024 prématurée. Il se justifie dès lors de procéder à une investigation complémentaire.

Il convient en conséquence de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise avant de rendre une nouvelle décision portant notamment sur les nouvelles atteintes présentées par le recourant, le lien de causalité entre celles-ci et son accident du 28 juillet 2021, l'éventuelle stabilisation de son état de santé et, le cas échéant, la date à laquelle elle peut être considérée comme intervenue, ainsi que sur son droit aux prestations au-delà du 31 mai 2023.

4.4 Dans la mesure où l'on ne peut pas considérer, en l'état, que l'état de santé du recourant est stabilisé, les questions du droit à la rente et à l'IPAI sont prématurées.

5. Le recours sera en conséquence partiellement admis et la décision sur opposition du 17 mai 2024 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA et nouvelle décision au sens des considérants.

Vu l'issue du litige, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un avocat, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée au titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} *a contrario* LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 17 mai 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 1'000.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le