



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3585/2018

ATAS/1214/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 décembre 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique
STOLLER FÜLLEMANN

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS – SUVA, Division juridique, Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY , Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1972, a travaillé en qualité de mécanicien automobile à 100% pour B_____ SA à compter de juin 2009. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
2. Le 19 août 2013, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation, au cours duquel il a subi une luxation gléno-humérale antéro-inférieure de l'épaule droite, avec un arrachement de la coiffe postéro-supérieure massive, qui a nécessité une opération le 8 octobre 2013 (cf. déclaration de sinistre du 22 août 2013, rapport du 19 août 2013 du Service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève [ci-après : les HUG], compte-rendu opératoire du 8 octobre 2013).
3. En date du 26 juin 2015, l'assuré a chuté sur son épaule gauche et les examens ont révélé une rupture massive du sus-épineux et de l'infra-épineux, avec une rétraction de stade III, et une ténosynovite du long chef du biceps (cf. déclaration de sinistre du 15 juillet 2015, compte-rendu opératoire du 30 novembre 2016).
4. Dans un rapport du 23 septembre 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné le lien de causalité entre l'accident du 19 août 2013 et les troubles encore présentés par l'assuré au niveau de l'épaule droite. Il a constaté, au vu des pièces médicales qui lui avaient été soumises, que l'assuré souffrait encore de douleurs pour lesquelles un diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial avait été évoqué. Le tableau d'une pathologie médicale constitutionnelle avait été démasqué par l'événement traumatique initial. Trois ans après la survenance de la chute, on pouvait considérer que l'accident avait cessé ses effets délétères sur la symptomatologie dudit syndrome. Le statu quo sine était fixé au 23 septembre 2016 pour les troubles douloureux du membre supérieur droit. Une prise en charge de trois séries de neuf séances de physiothérapie visant à maintenir et à améliorer la capacité de travail pouvait être accordée.
5. Par décision du 17 octobre 2016, la SUVA a annoncé mettre un terme au versement des prestations au 23 octobre 2016, motif pris que les troubles qui subsistaient encore n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 19 août 2013. Selon l'appréciation de son médecin-conseil, les atteintes étaient exclusivement de nature malade.
6. Le 29 novembre 2016, l'assuré a été opéré de son épaule gauche. Il a bénéficié d'une réinsertion du supra-épineux et de l'infra-épineux, d'une ténodèse du long

chef du biceps et d'une acromioplastie (cf. compte-rendu opératoire du 30 novembre 2016).

7. Le 11 février 2017, le docteur D_____, médecin adjoint responsable d'unité au département de chirurgie des HUG, a indiqué à la SUVA que son examen n'avait pas révélé de signe clinique en faveur d'un vrai « thoracic outlet syndrom » suite à l'accident de 2013 et que les examens complémentaires ne permettaient pas non plus de mettre en évidence une telle atteinte. Il concluait plutôt en faveur de traumatismes nerveux périphériques consécutifs à l'accident. Il n'y avait donc pas lieu, selon lui, de clôturer le dossier asséculoologique.
8. En date du 16 février 2017, la SUVA lui a répondu qu'il n'avait pas la qualité pour former opposition et que la décision du 17 octobre 2016 était entrée en force. Il n'était donc plus possible de la contester.
9. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : une IRM) réalisée le 1^{er} mars 2017 a mis en évidence une rupture de la portion postérieure du supra-épineux gauche avec un moignon au niveau du tiers moyen de la tête humérale (cf. rapport d'IRM du 1^{er} mars 2017).
10. Dans un rapport du 2 mars 2017, le docteur E_____, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG, a indiqué avoir revu l'assuré pour un contrôle à trois mois de la suture d'une rupture massive de la coiffe postéro-supérieure. L'IRM avait confirmé une rupture en continuité du tendon, expliquant la faiblesse et le déficit d'amplitude de l'épaule gauche. Une attitude conservatrice ne permettrait pas d'améliorer les amplitudes et la force, et la seule solution qu'il envisageait était une reprise chirurgicale avec le renforcement d'une suture par voie ouverte avec un patch. Ce type de chirurgie était rare et il était proposé à l'assuré de prendre un deuxième avis auprès d'un spécialiste de l'épaule.
11. Le 21 mars 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a été consulté pour un second avis concernant les troubles de l'épaule gauche. Il a noté que l'évolution suite à l'intervention de 2016 avait été marquée par une récurrence de rupture, relativement large, avec une atrophie musculaire sans dégénérescence graisseuse significative. L'assuré se plaignait presque uniquement d'une absence de force en élévation et en abduction. Il ne faisait pas état de douleurs significatives et il mobilisait correctement son épaule. À l'examen, l'élévation et l'abduction étaient de 170°, la rotation externe coude au corps à 50°, la rotation interne à la hauteur du 8^{ème} dorsal. La coiffe était très limitée en force, sans douleurs, sans instabilité et sans trouble neurologique. Compte tenu de la rareté de l'intervention envisagée et de l'absence de garantie de résultat, il était proposé au patient de continuer la physiothérapie pour un délai de trois mois, car il avait l'impression que ce traitement était encore positif. Une reprise de l'activité professionnelle était prévue afin d'évaluer le comportement de l'épaule en conditions réelles et une nouvelle IRM serait réalisée à la fin du printemps pour comparer l'évolution. Une décision opératoire serait alors prise si l'assuré ne

parvenait pas à réaliser correctement son travail, en cas d'apparition de douleurs ou d'aggravation des lésions.

12. Le 3 août 2017, le Dr E_____ a indiqué qu'une IRM de l'épaule gauche réalisée le 31 mars 2017 avait montré une récurrence de rupture versus une non-guérison du sus-épineux et de l'infra-épineux avec une rétraction au sommet de la tête. L'épaule était néanmoins fonctionnelle, avec une élévation complète lors de l'examen clinique du jour. Il existait cependant une perte de force en abduction et en rotation externe. Une réinsertion chirurgicale était possible et recommandée pour une récupération fonctionnelle durable de l'épaule gauche, mais le patient avait alors des objectifs professionnels impératifs qui seraient contrecarrés par une intervention avec de longues suites. Il était donc convenu de poursuivre de manière conservatrice et de réévaluer la situation six mois plus tard.
13. Le 26 octobre 2017, le docteur F_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a fait état de douleurs handicapantes au niveau de l'épaule droite, avec des amplitudes préservées. La fonction globale de l'épaule droite était évaluée à environ 50% d'une épaule normale. Le bilan radiologique avait mis en évidence une récurrence de rupture de coiffe postéro-supérieure avec une rétraction au niveau de la tête. Une option chirurgicale était possible, mais nécessiterait une limitation du port de charge à un maximum de 10 kg pour le restant de la vie professionnelle.
14. Par courriel du 15 novembre 2017, l'assuré a demandé à la SUVA de rouvrir son dossier relatif à l'accident de 2013.

Il a joint un rapport du Dr E_____ du 26 octobre 2017, duquel il ressort notamment que la fonction globale de l'épaule droite était évaluée à environ 50% d'une épaule normale, que les douleurs nécessitaient la prise régulière de multiples antalgiques. À l'examen clinique, les amplitudes étaient préservées, mais la force était déficitaire en postéro-supérieure. Le bilan radiologique montrait une récurrence de rupture de coiffe postéro-supérieure avec une rétraction au niveau de la tête.
15. Le 16 novembre 2017, la SUVA a répondu à l'assuré que sa décision du 17 octobre 2016 était entrée en force et ne pouvait être réexaminée.
16. Le 8 février 2018, le Dr E_____ a relaté des douleurs au niveau de l'épaule gauche avec une moyenne aux alentours de 7/10, des réveils nocturnes en raison des douleurs et la prise d'antalgiques. La fonction globale était limitée, principalement avec un manque de force et était évaluée à 40% d'une épaule normale. À l'examen clinique, les amplitudes étaient quasi complètes, mais la force était déficitaire dans le secteur postéro-supérieur. Le score de Constant était de 65 points, soit 70% ajusté à l'âge de l'assuré. Le traitement conservateur était poursuivi.
17. Le 14 juin 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son rapport final du même jour, il a diagnostiqué une rupture itérative de la coiffe des rotateurs gauche sur un status post-réparation chirurgicale arthroscopique le 29 novembre

2016, un status post-réinsertion arthroscopique de l'épaule droite en 2013 et une hypercholestérolémie. Le médecin-conseil a résumé les pièces en sa possession et consigné les déclarations de l'assuré. Ce dernier désirait surseoir à l'intervention chirurgicale recommandée pour la récupération fonctionnelle durable de l'épaule, pour des raisons professionnelles impératives. Il se plaignait essentiellement de douleurs lors des surcharges mécaniques, surtout lors des activités avec les bras au niveau ou au-dessus de l'horizontale. Il prenait des antalgiques et appliquait localement de la glace. La plainte essentielle était un manque de force au niveau du membre supérieur gauche augmentant au décollement du membre supérieur. Il relatait également un déverrouillage matinal. Sur le plan professionnel, la direction de son employeur avait changé depuis le début de l'année 2018 et il n'avait plus aucune tâche administrative. Il travaillait uniquement en atelier, ce qui entraînait des surcharges mécaniques douloureuses, nécessitant la prise d'antalgique. À l'examen clinique, il n'y avait pas d'atrophie musculaire à la mesure des périmètres du membre supérieur, la flexion/extension était mesurée à 45-0-45°, l'inclinaison latérale à 45-0-45° (douloureuse à gauche) et la rotation à 70-0-0°. Les élévations des membres supérieurs étaient identiques des deux côtés (180°), de même que la rotation externe (50%), mais la rotation interne était mesurée à D6 à gauche contre D10 à droite. Le testing de la coiffe des rotateurs montrait une faiblesse à gauche, en particulier du sus-épineux, dans une moindre mesure du sous-épineux. La flexion/extension était de 150/0° au niveau du coude, et les mobilités des avant-bras et des poignets étaient similaires des deux côtés. L'examen dynamométrique avait permis de constater des mesures identiques à gauche et à droite pour le Jamar élévation à 90° (30 kg) et le Pinch-test pouce/index (20 kg), alors que le Jamar coude au corps était de 32 kg à gauche contre 40 kg à droite et que le dynamomètre à 30° d'abduction était de 2 kg à gauche et de 8 kg à droite. Le score de Constant relatif était évalué à 71% à gauche et 87% à droite (côté dominant), en tenant compte des valeurs fonctionnelles normales de l'épaule selon l'indice de Constant. Dans son appréciation du cas, le Dr G_____ a relaté que pour des raisons sociales et professionnelles, et du fait qu'il avait pu reprendre son activité professionnelle à 100% malgré l'apparition de douleurs lors des surcharges mécaniques, essentiellement lors des mouvements répétés en force bras au-dessus de l'horizon, ce qui était fréquemment réalisé en atelier, l'assuré avait renoncé à l'intervention, d'autant plus qu'il n'avait pas de garantie quant au résultat. L'examen clinique montrait des épaules bien mobiles, sans limitation, peu douloureuses mais avec une nette diminution de la force. La diminution du score de Constant était essentiellement la conséquence de la faiblesse en abduction du membre supérieur gauche. L'état était stabilisé. La prise en charge du traitement médicamenteux devait être acceptée en l'absence d'intervention.

18. Dans une appréciation distincte, également datée du 14 juin 2018, le Dr G_____ a évalué le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10%, en application de la « table 2 », « périarthrite scapulo-humérale moyenne (10%) », atteinte à laquelle équivalaient les limitations fonctionnelles modérées au niveau de l'épaule gauche.

19. Par décision du 19 juin 2018, la SUVA a alloué à l'assuré, compte tenu des séquelles de l'accident du 26 juin 2015, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, soit un montant de CHF 12'600.-.
20. Par opposition du 11 juillet 2018, complétée le 4 septembre 2018, l'assuré a contesté cette décision.

Il a produit un rapport du 31 août 2018 du Dr E_____, lequel a considéré que les bilans effectués aux HUG avaient mis en évidence une diminution de la fonction de l'épaule droite de 20% (consultation du 26 octobre 2017) et de 30% de l'épaule gauche (consultation du 5 février 2018), par rapport à la tranche d'âge du patient. Le calcul et la discussion de l'impact de cette diminution cumulée de 50% sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, plus importante que celle liée à une instabilité récidivante unilatérale, relevait d'une expertise médicale.

21. En date du 7 septembre 2018, le Dr G_____ a rappelé que son évaluation tenait compte de l'examen final du 14 juin 2018 auquel il convenait de se référer. S'agissant de l'épaule droite, aucune évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'avait eu lieu du fait des antécédents dégénératifs et du retour au statu quo sine.
22. Par décision du 13 septembre 2018, la SUVA a confirmé sa décision et rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a rappelé avoir, par décision formelle entrée en force, mis un terme au 23 octobre 2016 au versement des prestations concernant l'épaule droite. S'agissant de l'épaule gauche, la diminution de fonction évoquée par le Dr E_____ ne permettait pas de douter de l'estimation de son médecin d'arrondissement, estimation qui tenait compte de l'examen final réalisé le 14 juin 2018. D'autres mesures d'instruction n'étaient pas nécessaires.
23. Par acte du 12 octobre 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%.

Il fait valoir qu'il a passé un nouvel examen médical le 2 octobre 2018 concernant ses deux épaules et qu'une opération est apparue nécessaire, qui a toutefois été reportée jusqu'à ce qu'il ne parvienne plus à exercer sa profession de mécanicien automobile. Un contrôle auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique était prévu le 8 novembre 2018.

Le recourant produit un rapport du 2 octobre 2018 du Dr E_____, indiquant avoir constaté que l'épaule droite était celle présentant la symptomatologie la plus prédominante. Le patient continuait à pouvoir exercer sa profession, mais avec une rapidité moindre. L'examen clinique avait mis en évidence un status superposable au précédent : épaule fonctionnelle, avec néanmoins un déficit de force à gauche dans un contexte également douloureux. Le bilan radiologique montrait désormais une ascension de la tête humérale mesurée à 6 mm. Il était convenu avec le patient de poursuivre l'attitude conservatrice aussi longtemps que possible et une intervention chirurgicale serait envisagée à partir du moment où la situation, sur le

plan clinique et professionnel, ne permettrait plus d'aller de l'avant de manière conservatrice.

24. Dans sa réponse du 20 décembre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle maintient que les troubles subsistant au niveau de l'épaule droite n'engagent pas sa responsabilité puisqu'ils ne sont pas en lien avec l'accident du 19 août 2013, de sorte qu'ils ne peuvent donner droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

S'agissant de l'épaule gauche, elle estime que les constatations du Dr E_____ ne contredisent pas celles du Dr G_____. À la consultation du 5 février 2018, le médecin traitant avait calculé un score de Constant de 65 points, soit 70%. À l'examen clinique du 14 juin 2018, ce score était de 68 points, soit 71%. Le Dr G_____ a constaté et retenu une nette diminution de la force à gauche, à l'instar des plaintes relatées par le Dr E_____. Aucun élément objectif probant ne permet de s'écarter de l'appréciation du Dr G_____ et les limitations fonctionnelles équivalent à une périarthrite scapulo-humérale moyenne, laquelle doit être indemnisée au taux de 10% selon la table 1. Les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une indemnité de 30% ne sont pas motivées ; quant à l'estimation du Dr E_____, elle tient compte de l'atteinte aux deux épaules. Enfin, les considérations du recourant quant à la nécessité d'une opération ne sont pas pertinentes puisque le Dr G_____ l'a également évoquée. L'intimée rappelle que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte. Elle considère avoir à juste titre fixé à 10% le taux de l'indemnité s'agissant des séquelles importantes et durables de l'accident du 26 juin 2015.

25. Par écriture du 31 janvier 2019, le recourant a persisté dans les termes de son recours.

Il indique avoir dû être ré-opéré de l'épaule gauche le 15 janvier 2019 en raison d'une récurrence de rupture transfixiante de la coiffe postéro-supérieure. L'intimée a accepté de prendre en charge la nouvelle incapacité de travail à 100% dès le 19 novembre 2018 suite à un réexamen de sa responsabilité. Le taux de l'indemnité fixé à 10% ne tient pas suffisamment compte de la perte de force et de mobilité de son épaule gauche. Par ailleurs, au vu de la récente opération, son état de santé n'est pas stabilisé. L'instruction du dossier devrait dès lors, selon lui, être reprise.

Le recourant produit :

- un rapport du 9 novembre 2018 du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, aux termes duquel persiste une rupture de la coiffe du côté droit, essentiellement au niveau du sus-épineux, avec une symptomatologie relativement importante ; désormais, l'épaule gauche est la plus gênante (faible en abduction, force musculaire relativement conservée en rotation interne et en rotation externe, mais rupture étendue et dégénérescence graisseuse des corps musculaires de l'infra-épineux

et partiellement du supra-épineux) ; il s'agit d'une rupture itérative bilatérale chez un jeune patient, qui reste très endolori et considérablement handicapé malgré une bonne mobilité ; les possibilités de reconstruction itératives sont très aléatoires compte tenu du mauvais état musculaire ; même avec une opération qui fonctionnerait bien, l'épaule garderait des séquelles ;

- des courriers de l'intimée des 20 et 27 novembre 2018, acceptant la prise en charge de l'incapacité totale de travail attestée dès le 19 novembre 2018 en lien avec l'accident du 26 juin 2015 ;
- le compte-rendu opératoire du 16 janvier 2019 du Dr E_____ suite à la réinsertion du sus-épineux et de l'infra-épineux et à la reprise d'acromioplastie du 15 janvier 2019.

26. Le 22 février 2019, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.

Elle souligne que l'opération du recourant est postérieure à la décision litigieuse et rappelle qu'il convient d'examiner la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision du 13 septembre 2018.

Elle ajoute que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dépend exclusivement de facteurs médicaux objectifs et qu'elle n'est pas liée à l'importance de l'incapacité de gain que l'atteinte en cause est susceptible ou non d'entraîner.

Elle estime, au vu des rapports au dossier, qu'elle était fondée à considérer qu'en juin 2018, lors de l'examen par le médecin d'arrondissement, la situation était stabilisée s'agissant de l'épaule gauche. À la date de la décision entreprise, une opération était évoquée. Le recourant avait pu reprendre son activité et l'opération avait été reportée jusqu'à ce qu'il ne parvienne plus à travailler dans sa profession.

Dans son rapport du 2 octobre 2018, le Dr E_____ a confirmé la poursuite de l'attitude conservatrice puis, dans son rapport de consultation du 19 novembre 2018, il a indiqué que l'indication à une nouvelle intervention avait été différée en raison du contexte professionnel, mais que le recourant avait dans l'intervalle été licencié, situation qui remettait en question l'attitude thérapeutique : le patient allait prendre le temps de soigner son épaule gauche avant de rechercher un nouvel emploi.

L'intimée en tire la conclusion qu'aucun élément médical objectif ne remet en cause la stabilisation du cas au jour de la décision litigieuse, l'appréciation des limitations fonctionnelles ou encore le diagnostic posé.

En outre, le rapport opératoire du 19 janvier 2019 mentionne le diagnostic de récurrence de rupture transfixiante de la coiffe postéro-supérieure, lequel s'insère dans les constatations émises par le médecin d'arrondissement.

L'intimée produit notamment :

- le courrier du 23 octobre 2018 par lequel l'employeur a licencié le recourant pour le 30 novembre 2018 ;

- le rapport du Dr E_____ du 20 novembre 2018 suite à la consultation de la veille, mentionnant que l'attitude thérapeutique, soit le report de la ré-intervention prévue, a été remise en question suite au licenciement du recourant ; l'indication à une reprise chirurgicale avec une éventuelle augmentation par patch étant discutée ;
- des certificats d'arrêt de travail à 100% dès le 19 novembre 2018 ;
- divers courriers et rapports en lien avec l'intervention du 15 janvier 2019 au niveau de l'épaule gauche, et ses suites.

27. Par courrier du 10 décembre 2019, le recourant a persisté dans les termes de son recours et informé la Cour de céans qu'il était toujours en incapacité de travail suite à l'opération subie le 15 janvier 2019 et qu'il avait séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 4 au 29 novembre 2019.

Selon le rapport y relatif du 5 novembre 2019, la situation était sur le point d'être stabilisée d'un point de vue médical.

Le recourant en conclut donc que le cas n'était donc bel et bien pas stabilisé au moment de la décision querellée et que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité a été fixée prématurément.

Le recourant produit :

- le rapport de consultation orthopédique de la CRR du 12 novembre 2019 ;
- le rapport de la CRR relatif au séjour de novembre 2019.

EN DROIT

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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident en cause est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. a. 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).
 - b. En l'espèce, la décision qui fait l'objet du recours est celle du 13 septembre 2018, confirmant sur opposition la décision du 19 juin 2018 qui fixe le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les séquelles de l'accident du 26 juin 2015.
 - c. L'objet du litige est ainsi circonscrit au droit du recourant au taux de ladite indemnité en raison des troubles qu'il présente au niveau de l'épaule gauche uniquement. Il apparaît donc clairement que l'accident du 19 août 2013 et ses conséquences éventuelles ne font pas partie de l'objet du litige.
6. a. Il sied toutefois de rappeler que l'art. 53 al. 1 LPGA prévoit que les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

En outre, l'assuré peut en tout temps annoncer une rechute ou des suites tardives d'un accident conformément à l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 218/03 du 20 septembre 2004 consid. 3.1).

b. Par décision du 17 octobre 2016, laquelle n'a pas été contestée et est donc entrée en force, l'intimée a mis fin aux prestations du recourant s'agissant des suites de l'accident du 19 août 2013, au motif que le statu quo sine était atteint et que les troubles qui subsistaient encore au niveau de l'épaule droite étaient exclusivement de nature malade. L'intimée s'est alors fondée sur le rapport du 23 septembre 2016 de son médecin d'arrondissement, lequel a notamment retenu que le recourant présentait un syndrome de défilé thoraco-brachial, soit une pathologie constitutionnelle démasquée par le sinistre.

Le recourant a signalé une aggravation de son état de santé le 15 novembre 2017 lorsqu'il a demandé à l'intimée de rouvrir son dossier. Il a motivé sa demande en produisant un rapport du Dr E_____ du 26 octobre 2017, indiquant qu'un bilan radiologique avait montré une récurrence de rupture de la coiffe, ce qui ressortait également du rapport du Dr F_____ du 26 octobre 2017 déjà communiqué à l'intimée. Or, cette dernière n'a pas du tout examiné si les troubles nouvellement attestés au niveau de l'épaule droite relevaient d'une rechute ou de séquelle tardive. Elle n'a pas non plus déterminé si cette récurrence de rupture de coiffe pouvait engager sa responsabilité sur la base de la réglementation en cas de lésions corporelles assimilées à un accident.

Qui plus est, il est également rappelé que le Dr D_____, dans son rapport du 11 février 2017, a clairement remis en cause l'existence d'un syndrome de défilé thoraco-brachial, dès lors qu'il n'y avait pas de signe clinique pour une telle atteinte et que les examens complémentaires n'avaient pas non plus permis de la confirmer. Il a conclu en faveur de traumatismes nerveux périphériques consécutifs à l'accident du 19 août 2013. L'intimée n'a cependant pas examiné si les conditions d'une révision procédurale étaient réalisées, alors que les conclusions du Dr D_____, basées sur des examens cliniques complétés par d'autres investigations, ne s'apparentent pas à une simple appréciation différente des faits.

La réponse du 16 novembre 2017 ne pouvant être qualifiée de décision, force est de constater que le recourant reste dans l'attente d'une décision sur sa demande visant la réouverture de son dossier concernant les atteintes au niveau de l'épaule droite.

7. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

8. a. Conformément à l'art. 24 LAA, si par suite d'un 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 (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase) ; 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 (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre,

limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

9. a. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, 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 (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (al. 3). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4).

b. Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une

atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 ; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4, 2^{ème} phrase OLAA ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5% de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

10. a. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

b. La SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc).

Selon le Tableau 1 « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs » de la SUVA, une épaule bloquée en adduction donne droit à une indemnité de 30%, une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale à 10% et mobile jusqu'à l'horizontale à 15%. En cas de périarthrite scapulo-

humérale, le taux est de 0% si l'atteinte est légère, de 10% si elle est moyenne et de 25% si elle est grave.

11. a. Le Tribunal fédéral a notamment confirmé le taux de 15% retenu pour un assuré qui présentait, suite à une rupture de la coiffe des rotateurs, une mobilité restreinte de l'épaule jusqu'à l'horizontale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 192/02 du 23 juin 2003).

Dans une autre affaire concernant un assuré, victime d'un accident ayant justifié une réinsertion d'une rupture complète du sus-épineux et du sous-épineux, une acromioplastie et une tenodèse du long chef du biceps de l'épaule gauche, qui présentait des douleurs à la palpation et à la mobilisation, ainsi qu'une mobilité limitée (abduction active jusqu'à l'horizontale, flexion et extension un peu au-dessus l'horizontale, rotation externe avec le bras accolé au corps à 30°, rotation interne jusqu'à L4, forte diminution de la force en abduction à l'horizontale, diminution de la mobilité passive), notre Haute cour a jugé que le taux de 15% retenu correspondait bien au handicap de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_472/2007 du 9 juin 2008).

Dans le cas d'une assurée ayant également bénéficié d'une acromioplastie, d'une réparation étendue de la coiffe des rotateurs et d'une ténodèse du long chef du biceps, le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter du taux de 5% pour la lésion qui avait été assimilée à une périarthrite scapulo-humérale légère à moyenne, étant rappelé que l'état douloureux et la limitation fonctionnelle avaient été pris en compte par l'expert, qui avait notamment retenu une mobilité passive complète (arrêt du Tribunal fédéral 8C_862/2014 du 2 avril 2015).

- b. Au niveau cantonal, la chambre de céans a par exemple confirmé, s'agissant d'un assuré qui présentait une limitation de la mobilité à l'horizontale en abduction et antépulsion ainsi qu'une réduction des rotations, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15%. Selon le médecin-conseil, la périarthrite scapulo-humérale était moyenne à grave avec une limitation de la mobilité jusqu'à l'horizontale et un examen radiologique avait révélé un début d'omarthrose avec une ostéophytose de la glène (ATAS/331/2006 du 4 avril 2006).

12. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 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).

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. Étant 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).

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 ; ATF 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).

13. 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 des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

14. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).
15. En l'espèce, l'intimée a fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 10%, en se référant aux conclusions du médecin d'arrondissement du 14 juin 2018.

Le recourant considère, pour sa part, que l'indemnité doit être portée à 30%. Il s'en rapporte à l'appréciation du Dr E_____ des 31 août et 2 octobre 2018. Il fait valoir également que son état de santé n'était pas stabilisé au moment de la décision querellée.

16. a. La chambre de céans constate que le rapport du 14 juin 2018 du Dr G_____ remplit tous les critères jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante.

Ce document a été établi en parfaite connaissance du dossier et il tient compte des plaintes du recourant, lesquelles concernaient essentiellement un manque de force du membre supérieur gauche et des douleurs lors des surcharges mécaniques, surtout lors des activités avec les bras au niveau ou au-dessus de l'horizontale. En outre, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur s'est livré à des examens approfondis en examinant la mobilité des membres supérieurs de l'intéressé, et plus particulièrement en procédant à une évaluation fonctionnelle de l'épaule gauche. Il a observé que cette articulation était bien mobile, sans limitation, peu douloureuse, mais avec une nette diminution de la force puisque le Jamar coude au corps était limité à 32 kg à gauche (et à 40 kg à droite) et que le dynamomètre à 30° d'abduction était de 2 kg à gauche (et de 8 kg à droite). Il a conclu à un score de Constant relatif de 71% et estimé que l'état était stabilisé, dès lors que le recourant ne souhaitait pas se faire opérer pour l'instant.

En outre, cette appréciation correspond pour l'essentiel à celle des autres médecins ayant examiné le recourant. En effet, dans son rapport du 21 mars 2017, le

Dr F_____ a observé que le recourant mobilisait correctement son épaule, mais que la coiffe était très limitée en force, sans douleurs. Par rapport du 3 août 2017, le Dr E_____ a fait état d'une épaule fonctionnelle avec une élévation complète, mais d'une perte de force en abduction et en rotation externe. De même, dans son rapport du 8 février 2018, ce médecin a noté que les amplitudes étaient quasi complètes, mais que la force était déficitaire dans le secteur postéro-supérieur. Il a conclu à un score de Constant de 70%.

Enfin, le rapport rendu postérieurement par le médecin traitant ne contient aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions claires et argumentées du Dr G_____. En effet, dans son rapport du 31 août 2018, le Dr E_____ a rappelé la diminution de fonction de l'épaule gauche mise en évidence lors de la consultation du 5 février 2018, sans faire état d'un quelconque élément médical nouveau, et sans expliquer les raisons pour lesquelles il considère qu'il conviendrait de confier à un expert le soin de déterminer le taux de l'indemnité à l'intégrité. Enfin, dans son rapport du 2 octobre 2018, ce médecin a confirmé que l'épaule gauche était fonctionnelle, malgré le déficit de force et le contexte douloureux.

Au vu de ce qui précède, le rapport du Dr G_____, motivé et convaincant, exempt de toute contradiction, et dont le bien-fondé n'est pas remis en cause par les autres pièces médicales, apparaît probant.

b. Se fondant sur la « table 2 » (recte 1) concernant l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, le Dr G_____ a estimé que les limitations fonctionnelles modérées au niveau de l'épaule gauche équivalaient à une périarthrite scapulo-humérale modérée, ce qui justifiait de fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10%.

Étant donné que la mobilité de l'épaule était bien conservée, sans limitation, que le recourant n'éprouvait des douleurs qu'en cas de surcharges mécaniques, essentiellement lors des mouvements répétés en force avec les bras au-dessus de l'horizontale, et que la diminution du score de Constant résultait avant tout de la faiblesse en abduction du membre supérieur gauche, on ne voit pas de motif sérieux de s'écarter de l'estimation du médecin d'arrondissement.

Rien ne justifie de retenir le taux correspondant à une périarthrite scapulo-humérale grave et il n'est pas non plus envisageable de se référer aux taux applicables en cas d'épaule bloquée ou dont la mobilité est limitée dès l'horizontale, eu égard aux restrictions rapportées dans les différents rapports.

c. Puisque le taux de l'atteinte à l'intégrité est déterminé uniquement en fonction des constatations médicales et que le recourant ne produit aucun rapport médical rendant plausible une mauvaise appréciation du Dr G_____, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% peut être confirmé.

17. a. Contrairement à l'avis du recourant, on ne saurait retenir que son état de santé n'était pas stabilisé lors du prononcé de la décision sur opposition du 13 septembre 2018, au motif qu'une opération était discutée.

En effet, en 2017 déjà, les Drs F_____ et E_____ ont évoqué une indication chirurgicale suite à la récurrence de rupture de coiffe, mais le recourant a déclaré de façon constante à tous les médecins consultés avant le prononcé de la décision litigieuse qu'il ne souhaitait pas se faire opérer tant qu'il pouvait continuer à travailler. Ainsi, les Drs F_____ et E_____ ont relevé, dans leurs rapports des 21 mars 2017, respectivement 3 août 2017, que le recourant ne voulait pas se faire opérer tant qu'il parvenait à réaliser correctement son travail. Dans son rapport du 8 février 2018, le Dr E_____ a confirmé que le traitement conservateur était poursuivi et le recourant a déclaré au médecin d'arrondissement, le 14 juin 2018, qu'il désirait surseoir à la nouvelle intervention chirurgicale qui était recommandée, et ce pour des raisons professionnelles. Même après le prononcé de la décision litigieuse, le Dr E_____ a exposé, dans son rapport du 2 octobre 2018, qu'une intervention chirurgicale ne serait envisagée qu'à partir du moment où la situation sur le plan clinique et professionnel ne permettrait plus d'aller de l'avant de manière conservatrice.

En réalité, il appert que le recourant a finalement décidé de se faire opérer le 15 janvier 2019 en raison de son licenciement signifié pour le 30 novembre 2018, comme attesté par le Dr E_____ dans son rapport du 20 novembre 2018.

b. L'intimée n'avait donc pas à suspendre l'instruction du dossier du recourant dans l'attente des résultats de l'opération, dès lors que cette dernière n'était pas concrètement envisagée.

En outre, les différents rapports soumis à l'appréciation de la chambre de céans ne contiennent pas le moindre indice permettant de déduire que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé au 14 juin 2018, quand bien même une intervention avait été discutée.

c. À toutes fins utiles, la chambre de céans rappellera qu'en cas d'aggravation importante des troubles de l'épaule gauche, le recourant pourra obtenir une indemnité complémentaire conformément à l'art. 36 al. 4 OLAA.

18. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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