



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3619/2019

ATAS/1283/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à SAINT-CERGUE, France,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Elodie
SKOULIKAS

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, domicilié en France, est marié et père de deux filles nées en 1993 et 1996. Au bénéfice d'un certificat d'aptitude professionnelle en installation thermique et sanitaire, il a occupé différents postes de chauffagiste, en France et également en Suisse dès 2001.
2. À partir du 28 juillet 2014, l'assuré a été engagé par l'entreprise B_____ SA, Prêt de personnel (ci-après : l'employeur), en qualité de chauffagiste à 100%. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
3. Le 31 juillet 2014, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Selon la déclaration de sinistre du 19 août 2014, il a glissé et est tombé en portant de la tuyauterie.
4. Par rapports des 31 juillet et 23 août 2014, la doctoresse C_____, médecin généraliste à Annemasse (France), a prescrit des arrêts de travail et diagnostiqué des contusions à l'épaule gauche et au genou gauche, suite à une chute sur le côté gauche. Elle a constaté des douleurs à la face antérieure de l'épaule et à la face interne du genou, et précisé que la radiographie de l'épaule était normale.
5. La SUVA a pris en charge les suites du sinistre et procédé à l'instruction du dossier de l'assuré. Dans ce cadre, elle a reçu de nombreux documents, desquels il ressort notamment que :
 - l'assuré a déposé, dès 2003, plusieurs demandes de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison de lombalgies chroniques et d'épicondylite du coude gauche (demande du 28 mars 2003), de lombosciatalgies et de gonalgies (demande du 17 septembre 2010), de lombalgies chroniques et de gonalgies droites chroniques (demande du 27 mars 2012 ; cf. rapport d'expertise du 17 avril 2013 du docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne ; avis du service médical régional [ci-après : le SMR] de l'OAI du 18 juin 2013) ;
 - l'intéressé a également sollicité des prestations d'assurance en France, mentionnant des lombalgies chroniques dès 2002, des gonalgies gauches (cf. rapport du 27 novembre 2008 du docteur E_____, médecin en France), de l'arthrose du genou droit, des cervicalgies arthrosiques, des tendinites des deux épaules et des deux coudes depuis 2004 (cf. rapport du 31 mai 2012 du docteur F_____, rhumatologue en France), des scapulalgies chroniques, un canal carpien gauche (rapport du 8 juin 2009 de la doctoresse G_____, médecin en France) ;

-
- l'assuré a été victime d'un premier accident, également assuré auprès de la SUVA, le 6 septembre 2011 ; il avait perdu l'équilibre en poussant son scooter et s'était blessé au bas du dos et au genou droit ;
 - par décision sur opposition du 18 juin 2012, la SUVA a mis fin à ses prestations d'assurance au 31 mars 2012, au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus en rapport de causalité avec l'accident du 6 septembre 2011, mais relevaient exclusivement de la maladie ; cette décision a été confirmée par arrêt de la chambre de céans du 12 mars 2013 (ATAS/250/2013).
6. Une échographie de l'épaule gauche effectuée le 26 septembre 2014 a révélé des anomalies évoquant une rupture transfixiante du tendon du sus-épineux.
 7. Le 29 septembre 2014, l'assuré s'est soumis à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche, qui a mis en exergue de discrètes séquelles de fracture impaction du bord postéro-interne du plateau tibial interne, une lésion fissuraire de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie rotulienne.
 8. En date du 24 octobre 2014, un arthroscanner de l'épaule gauche a permis de conclure à une fissure avec un clivage intra-tendineux intéressant le tendon du sous-scapulaire, à des irrégularités avec un aspect hérissé de la face profonde du sus-épineux et à une fissure du bourrelet glénoïdien postérieur.
 9. Dans un rapport du 7 novembre 2014, le Dr F_____ a indiqué que son patient avait subi un traumatisme de l'épaule et du genou gauches suite à une chute dans les escaliers. Il lui avait prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des antalgiques et des séances de physiothérapie du genou et de l'épaule. L'incapacité de travail était prolongée.
 10. Par rapport du 28 novembre 2014, ce médecin a diagnostiqué des lésions tendineuses de l'épaule gauche, une contusion osseuse du genou gauche et des lésions fissuraires du ménisque externe. L'évolution était défavorable en raison des douleurs et de la gêne fonctionnelle aux niveaux de l'épaule et du genou gauches.
 11. Le 13 janvier 2015, le docteur H_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 15 janvier 2015, le médecin-conseil a préconisé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), compte tenu du tableau complexe et traînant, sans amélioration clinique après six mois de traitement.
 12. Le 23 janvier 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI.
Par décision du 10 juin 2016, l'OAI lui a refusé toutes prestations, compte tenu d'un degré d'invalidité de 6%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.
 13. L'assuré a séjourné à la CRR du 11 mars au 14 avril 2015. Dans leur rapport du 27 mai 2015, les docteurs I_____, médecin chef de clinique spécialiste FMH en

médecine physique et réadaptation, et J_____, médecin assistant, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs chroniques de l'épaule gauche et des membres inférieurs. Ils ont mentionné les diagnostics supplémentaires de douleurs chroniques de l'épaule gauche, de rupture subtotale à l'insertion postérieure du tendon supra-épineux (IRM du 23 mars 2015), de bursite sous-acromiale gauche, de gonalgies gauches chroniques, de gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale, prédominant à droite, de chute dans les escaliers le 31 juillet 2014 avec une contusion de l'épaule et du genou gauches, et de polyneuropathie axono-myélinique d'origine diabétique (ENMG du 13 avril 2015). À titre de comorbidités, ils ont noté des lombalgies chroniques, des troubles lombaires dégénératifs (discopathie dégénérative de L3-L4 à L5-S1 prédominant à ce dernier niveau), une arthrose scapho-trapézoïdienne gauche, une neuropathie du nerf médian du canal carpien gauche (ENMG du 9 février 2015), un diabète non insulino-requérant. Les médecins n'ont pas constaté de modification significative entre les status à l'entrée et à la sortie. S'agissant de l'épaule gauche, la flexion était de 75° en actif et 120° en passif, l'abduction de 75° en actif et 120° en passif, la rotation externe de 30° et pratiquement 90° en position 2, la rotation interne à 34 cm de distance pouce-C7. Les tests de la coiffe étaient tous tenus, mais le test de conflit était douloureux à gauche, tout comme la palpation à de nombreux endroits. Après résumé des examens radiologiques existant et des nouvelles investigations, les médecins ont expliqué que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, mais que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui restait centré sur les douleurs, avait tendance à catastrophiser et avait peur du mouvement. Il n'y avait pas de psychopathologie, mais essentiellement une kinésiophobie. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme moyenne, sa volonté de donner le maximum aux différents tests insuffisante et le niveau de cohérence faible. Les performances réalisées représentaient ce que l'intéressé avait accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales, et des incohérences avaient été relevées. L'assuré avait fréquenté les ateliers professionnels à raison de 4 heures consécutives par jour, dans des activités très légères. Son travail avait été jugé de bonne qualité, malgré une lenteur d'exécution. Les limitations fonctionnelles définitives retenues, concernant l'épaule, consistaient en le port répété de charges supérieures à 5-10 kg et le maintien prolongé du membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et, concernant le genou, les activités accroupies ou à genoux. L'incapacité de travail était totale dans la profession actuelle de plombier-chauffagiste. Durant son séjour, l'assuré avait rencontré le consultant de la CRR en chirurgie de l'épaule, qui avait évoqué une infiltration à visée antalgique, refusée par l'assuré. Même s'il y avait une indication à envisager une réparation chirurgicale de la coiffe des rotateurs, un traitement conservateur était favorisé compte tenu de la réticence de l'intéressé, de l'intensité des douleurs rapportées et des difficultés à mettre en route un programme de rééducation chez un patient

centré sur les douleurs et ayant tendance à la peur du mouvement et au catastrophisme. La situation était stabilisée du point de vue médical.

Ont notamment été annexés :

- le rapport d'IRM de l'épaule gauche du 23 mars 2015 concluant à une déchirure transfixiante des fibres postérieures du tendon du sus-épineux, une arthrose acromio-claviculaire associées à une réduction de l'espace sous-acromial et une discrète bursite sous acromio-delhoïdienne ;
- le rapport de radiographie des genoux du 13 mars 2015 ayant notamment révélé une discrète ostéophytose tricompartmentale et ayant conclu à une gonarthrose bilatérale modérée, prédominante au niveau fémoro-patellaire à droite.

14. En date du 7 juillet 2015, l'assuré a été examiné par le Dr H_____, qui a rendu son rapport le 9 juillet 2015. Le médecin-conseil a diagnostiqué une déchirure transfixiante partielle du tendon du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire associée. Il a résumé le rapport de la CRR, le dossier d'imagerie et les plaintes de l'assuré. Concernant l'épaule gauche, l'assuré, droitier, s'était présenté le bras en écharpe et faisait état de douleurs essentiellement matinales. Il hésitait à envisager l'intervention chirurgicale et était très craintif quant au résultat. Les mobilités étaient mesurées en abduction à 100° en actif et 110° en passif, en antépulsion 100° en actif et 120° en passif, en rétropulsion 20° en passif, en rotation externe coude au corps à 60° en passif, en rotation interne pouce en L4 et en rotation externe, la mesure impossible. Le médecin a constaté une nette amélioration par rapport à son examen de janvier 2015 et confirmé la stabilisation du cas. Il a conclu que l'ancienne activité, qui impliquait la manipulation de charges lourdes à deux mains, n'était plus exigible, contrairement à l'exercice d'une activité professionnelle ne nécessitant pas le port répété de charge du côté gauche, sans limitation du côté droit, en position assise ou debout, sans mouvements répétés en rotation de l'épaule gauche ou au-dessus de l'horizontale. Dans une telle activité, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement. Pouvait être acceptée la prise en charge de quatre consultations annuelles chez un médecin, du traitement antalgique et d'une séance hebdomadaire de physiothérapie pendant une année, puis deux séances mensuelles pendant deux ans supplémentaires.
15. Dans une appréciation du 7 juillet 2015, le médecin d'arrondissement a évalué l'atteinte à l'intégrité à 14% compte tenu d'une épaule dépassant légèrement l'horizontale.
16. Par courrier du 10 juillet 2015, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle lui verserait les indemnités journalières jusqu'au 31 août 2015 et prendrait en charge le traitement médical préconisé par le médecin d'arrondissement.
17. Par décision du 30 septembre 2015, la SUVA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14% pour les séquelles au membre supérieur gauche, mais lui a nié le droit à une rente d'invalidité. Selon ses investigations, les seules

séquelles de l'accident permettaient à l'intéressé d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas effectuer des travaux au-dessus du plan des épaules et en position accroupie ou à genoux. Compte tenu de la comparaison entre les revenus de valide (CHF 64'054.-) et d'invalidé (CHF 60'493.- [salaire moyen établi sur la base d'une sélection de cinq descriptions de postes de travail adaptés]), la perte de gain s'élevait à 5.55%. Partant, l'assuré ne subissait pas de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident et il ne pouvait pas prétendre à une rente.

18. Par courrier du 28 juin 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision et a sollicité le versement d'une rente, se prévalant d'un certificat d'incapacité de travail du Dr F_____, mentionnant des lombalgies aiguës en lien avec l'accident de 2011.
19. Par décision sur opposition du 22 décembre 2015, la SUVA a confirmé l'absence de perte notable de la capacité de gain et donc le refus de rente. Pour le surplus, elle a rappelé que sa responsabilité n'était plus engagée pour l'accident du 6 septembre 2011, conformément à ses décisions des 20 mars et 18 juin 2012, confirmées par arrêt du 12 mars 2013.
20. Le 12 mai 2016, l'assuré a annoncé une « rechute chez lui » le 19 avril 2016.
Il a produit un rapport relatif à une échographie de l'épaule gauche réalisée le 11 mai 2016 et ayant conclu à une rupture transfixiante du tendon du supra-épineux gauche dans sa partie moyenne distale et à une petite arthropathie dégénérative acromio-claviculaire gauche banale.
21. Dans un avis du 31 mai 2016, le Dr H_____ a rappelé que l'IRM du 23 mars 2015 avait déjà objectivé une déchirure transfixiante localisée aux fibres postérieures du tendon du sus-épieux, de sorte que l'assuré ne présentait pas de nouvelle lésion. Il ne s'agissait donc pas d'une rechute au sens légal.
22. Par décision du 3 juin 2016, la SUVA a considéré que les conditions d'une rechute n'étaient pas réalisées puisque les séquelles de l'accident du 31 juillet 2014 ne s'étaient pas aggravées et que la reprise d'un traitement n'était pas justifiée. Elle a maintenu l'exigibilité définie le 7 juillet 2015.
23. En date du 9 juillet 2016, l'assuré a contesté cette position et fait valoir qu'il présentait des douleurs à l'épaule et au genou depuis l'accident assuré. Il a transmis à la SUVA un rapport du Dr F_____ du 11 juillet 2016, aux termes duquel il avait chuté sur son épaule gauche le 19 avril 2016, ce qui avait entraîné une fissure du sous-scapulaire et une microfissure du sus-épineux sans lésions transfixiantes tendineuses et bien visibles sur l'arthroscanner de l'épaule. Il s'agissait donc d'une aggravation des lésions tendineuses puisqu'il y avait désormais une fissure intra-tendineuse du sous-scapulaire.
24. Par décision sur opposition 22 juillet 2016, la SUVA a déclaré irrecevable cette opposition, formée hors délai.

25. Dans un rapport du 18 avril 2017, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a indiqué à la SUVA qu'il envisageait une opération de l'épaule gauche, compte tenu de l'échec du traitement conservateur, avec de nombreuses séances de physiothérapie. Il ne pouvait pas garantir que l'intéressé puisse retrouver une activité professionnelle, mais cela lui permettrait de récupérer une qualité de vie acceptable. Le geste préconisé consistait en une arthroscopie avec une réinsertion du sus-épineux et une ténotomie du long chef du biceps.
26. Par décision du 13 septembre 2017, la SUVA a accepté de prendre en charge cette intervention, mais refusé le versement des indemnités journalières réclamées par l'assuré dès le 1^{er} septembre 2015. Elle a admis l'existence d'une rechute dès l'entrée à la clinique, date à laquelle la situation de l'intéressé serait réexaminée, et rappelé que ses décisions des 3 juin et 22 juillet 2016 étaient entrées en force.
27. En date du 22 septembre 2017, l'assuré a formé opposition et conclu à l'examen immédiat de son droit aux indemnités journalières, motif pris que le Dr K_____ avait retenu une totale incapacité de travail.
28. Par décision sur opposition du 6 octobre 2017, la SUVA a rejeté les arguments de l'assuré. Elle a relevé que tant que celui-ci ne se soumettrait pas au geste chirurgical proposé par le Dr K_____, la situation serait inchangée par rapport à celle qui prévalait lors de ses décisions des 30 septembre 2015 et 3 juin 2016, entrées en force. La première avait retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il n'avait pas le droit à une rente, et la seconde avait nié la rechute et donc le droit à de nouvelles ou plus amples prestations.
29. Le 29 janvier 2018, le Dr K_____ a pratiqué une suture arthroscopique de tendons de l'épaule gauche. Cette intervention a été prise en charge par la SUVA qui a également versé des indemnités journalières à l'assuré dès le 1^{er} janvier 2018.
30. Dans un avis du 1^{er} mars 2018, le Dr H_____ a considéré qu'une stabilisation du cas pourrait être attendue six mois après l'opération.
31. Par certificat du 1^{er} juin 2018, le Dr K_____ a attesté d'une totale capacité de travail dès le jour même.
32. Dans un rapport du 23 juillet 2018, le Dr K_____ a relaté des douleurs conséquentes avec une épaule représentant 75% d'une articulation normale. Cliniquement, les douleurs s'expliquaient par une limitation des amplitudes articulaires. Il avait donc réalisé une échographie de contrôle qui n'avait révélé aucune rupture itérative. Au contraire, cet examen attestait d'une parfaite cicatrisation de la coiffe des rotateurs. Selon lui, la physiothérapie n'apporterait rien, seuls des étirements que le patient aurait dû réaliser depuis le début étaient aptes à lui redonner rapidement une souplesse. Une reprise d'activité était prévue à 50% dès le mois d'août 2018 et à 100% dès le mois de septembre 2018.

33. Par avis du 24 juillet 2018, le Dr H_____ a conclu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et que ses prises de position antérieures étaient inchangées.
34. En date du 7 août 2018, la SUVA a informé l'assuré que, conformément aux recommandations du médecin traitant et du médecin-conseil, elle verserait les indemnités journalières à 50% du 1^{er} et 31 août 2018, date à laquelle le droit à ces prestations prendrait fin. Elle a considéré que le cas était clos puisqu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation des traitements médicaux une sensible amélioration de l'état de santé. En outre, étant donné qu'il n'existait pas un droit à une rente d'invalidité, elle n'avait pas à prendre en charge des mesures thérapeutiques supplémentaires. L'assuré était invité à s'adresser à son assurance-maladie obligatoire, compétente pour les traitements recommandés par le médecin.
35. Le 29 août 2018, le Dr K_____ a attesté d'une totale incapacité de travail dès le jour même et d'une reprise à 100% dès le 10 septembre 2018.
36. Suite à une échographie de l'épaule gauche réalisée le 31 août 2018 en raison de scapulalgies, une rupture des tendons sus-épineux et bicipital a été suspectée.
37. Par rapport du 12 septembre 2018, le Dr K_____ a indiqué à l'OAI qu'il n'avait pas revu le patient depuis le 29 août 2018 et que l'arrêt de travail d'une semaine avait été motivé par les douleurs. Il a considéré que le cas était stabilisé.
38. Le 15 octobre 2018, l'assuré s'est soumis à une arthrographie et à un arthroscanner de l'épaule gauche. Le radiologue a conclu à une capsulobourse par une brèche transfixiante à double trajet dans le tendon du muscle supra-épineux sans rétraction tendineuse visible, à une fissure distale du tendon du muscle infra-scapulaire, à une fissuration de la partie postérieure du bourrelet glénoïdien avec un ostéophyte omarthosique sous-jacent.
39. Le 16 octobre 2018, le Dr F_____ a considéré que les dernières investigations permettaient d'expliquer les douleurs de son patient.
40. Le 12 novembre 2018, le Dr H_____ a procédé à un examen final, après auscultation de l'assuré. Dans son appréciation du 14 novembre 2018, le médecin d'arrondissement a retenu le diagnostic de rupture itérative transfixiante partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche. Cliniquement, le tableau constaté était identique à celui observé lors de l'examen du 7 juillet 2015, avec une abduction mesurée à 110° en actif et 120° en passif (contre 100°, respectivement 110° en 2015) et une antépulsion gauche de 110° en actif et passif (contre 100° et 120° en 2015), une rotation interne avec le pouce au sacrum et une rotation externe coude au corps à 20°. Les limitations fonctionnelles concernaient le port répété de charges de plus de 2 kg du côté gauche, ainsi que les mouvements répétés de l'épaule gauche, en rotation ou au-dessus du plan de l'horizontale. Il a conclu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme défini dans l'exigibilité formulée le 7 juillet 2015. La reprise d'activité précédemment fixée au 1^{er} septembre 2018 devait être maintenue.

41. En date du 14 novembre 2018, la SUVA a reçu un rapport du 7 novembre 2018 du Dr K_____, lequel a rappelé que l'assuré avait bénéficié d'une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs neuf mois auparavant et qu'il gardait une gêne, ce qui avait motivé des examens complémentaires. Ces derniers avaient révélé une parfaite cicatrisation du tendon sur l'os et seul un passage de produit de contraste infra millimétrique le long des fils qui servaient à la réparation était noté. Le résultat radiologique était excellent, contrairement à l'avis du radiologue qui avait interprété l'arthroscanner. Le patient était toujours aussi raide, mais il n'avait pas effectué les étirements demandés toutes les heures, se contentant de les faire deux fois par jour. Il aurait un résultat extraordinaire dès qu'il ferait régulièrement ses exercices.
42. Par courrier du 26 novembre 2018, la SUVA a confirmé à l'assuré sa prise de position du 7 août 2018, sur la base des conclusions de son médecin-conseil.
43. En date du 30 janvier 2019, l'assuré a derechef sollicité des prestations de l'assurance-invalidité.

Le 2 juillet 2019, l'OAI a informé l'intéressé de son intention de lui refuser une rente, compte tenu d'un degré d'invalidité de 5.68%.
44. Le 8 mars 2019, le Dr F_____ a indiqué que son patient souffrait toujours de douleurs à l'épaule gauche dues à la brèche transfixiante du sus-épineux et au genou gauche en raison d'une chondropathie post-traumatique. L'assuré ne pouvait plus exercer son activité professionnelle et était inapte à n'importe quel emploi.
45. Le 1^{er} avril 2019, l'assuré a rempli un formulaire annonçant une rechute de l'accident de juillet 2014.
46. Dans une nouvelle appréciation du 11 avril 2019, le Dr H_____ a conclu que, même si une brèche du sus-épineux était retenue, elle n'entraînerait pas de paralysie de l'épaule, comme il l'avait constaté lors de son examen. La chondropathie du genou gauche était de type dégénératif et n'était pas à la charge de la SUVA.
47. Le 12 avril 2019, la SUVA a indiqué à l'assuré que les séquelles de l'accident ne s'étaient pas aggravées et que le rapport du Dr F_____ n'apportait pas d'éléments nouveaux permettant de modifier sa prise de position antérieure. Elle a ainsi maintenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. En revanche, elle a admis la prise en charge d'un suivi médical deux fois par an sur le plan de l'épaule avec éventuellement une échographie et trois séances de physiothérapie par année.
48. Dans un rapport du 14 mai 2019, le Dr F_____ a attesté de douleurs et d'une gêne fonctionnelle de l'épaule gauche, d'une douleur du genou gauche et de douleurs lombaires suite à l'accident de 2014. Il a également relaté des lombalgies mécaniques et une douleur du genou droit. L'état de son patient s'était aggravé depuis 2016 et il était très gêné pour utiliser les bras et rester debout de façon prolongée et marcher. Son incapacité de travail était totale.

49. En date du 19 mai 2019, l'assuré a requis le prononcé d'une décision formelle.
50. Dans un rapport du 28 mai 2019, le docteur L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a noté les diagnostics de lésion transfixiante du tendon du muscle du supra-épineux de l'épaule gauche, de fissure distale du tendon du muscle infra scapulaire et de fissuration de la partie postérieure du bourrelet glénoïdien avec un ostéophyte omarthrosique, en rapport de causalité avec l'accident du 31 juillet 2014, étant relevé que le patient avait déclaré qu'il n'avait jamais eu de douleurs avant le sinistre. Il a considéré que l'état de l'épaule n'était pas du tout stabilisé. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charge de plus de 1 à 2 kg, le travail au-dessus de l'horizontale et les mouvements de rotations interne et externe et d'abduction. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, mais entière dans un poste adapté aux restrictions, en dehors des périodes douloureuses et post-opératoires.
51. Le 5 juin 2019, invité à se prononcer sur les derniers rapports transmis par l'assuré, le Dr H_____ a relevé que le Dr F_____ intégrait des pathologies qui ne relevaient pas de l'accident assuré, dont des douleurs aux genoux et au rachis, et que le Dr L_____ avait retenu des limitations comparables aux siennes et retenu une exigibilité de 100%. Concernant une éventuelle aggravation de l'état de santé depuis 2016, il a considéré que les troubles du genou avaient pu s'aggraver, mais que ceux-ci n'étaient pas à la charge de la SUVA. Pour l'épaule, la mobilité constatée le 12 novembre 2018 était globalement comparable à celle évaluée en 2015 et aucune aggravation n'était attestée. Enfin, il a souligné l'expérience du Dr K_____ dans la pathologie présentée par l'assuré et rappelé que ce spécialiste interprétait différemment l'arthroscanner post-opératoire, estimant qu'il ne s'agissait pas d'une rupture itérative de la coiffe, mais uniquement d'un passage millimétrique du produit de contraste. Le chirurgien avait relevé une insuffisance d'auto-rééducation et interprété différemment l'arthroscanner postopératoire. Il n'y avait pas de nécessité de poursuivre indéfiniment des séances de physiothérapie et l'assuré pouvait effectuer les étirements qui lui avaient été enseignés.
52. Par décision du 19 juin 2019, la SUVA a rappelé que l'assuré avait déclaré une rechute due aux séquelles du sinistre du 31 juillet 2014. D'après les conclusions médicales du 4 juin 2019, il n'existait pas de relation de causalité avérée ou probable entre l'accident du 31 juillet 2014 et les troubles à l'épaule gauche et au genou gauche. Par conséquent, elle ne pouvait pas allouer de plus amples prestations d'assurance et elle acceptait de prendre en charge, ponctuellement, un traitement antalgique, voire anti-inflammatoire, conformément à sa communication du 10 juillet 2015.
53. Le 16 juillet 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision, se référant à l'appréciation du Dr L_____.
54. En date du 5 août 2019, l'assuré a maintenu sa contestation et s'est prévalu d'un rapport du 23 juillet 2019 du Dr F_____, aux termes duquel ce médecin estimait

que son patient ne pouvait plus utiliser normalement son épaule gauche et ne pouvait plus travailler.

55. Par décision sur opposition du 30 août 2019, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 19 juin 2019. Elle a considéré que les avis des médecins traitants de l'assuré n'étaient pas susceptibles de remettre en cause ceux des Drs K_____ et H_____. Elle a souligné que le rapport du Dr F_____ ne contenait que des éléments connus et déjà discutés par son médecin-conseil, et que le Dr L_____ avait retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il n'existait donc pas d'éléments pertinents permettant de douter du bien-fondé de l'appréciation médicale du Dr H_____. L'état était stabilisé, en ce sens qu'il n'y avait plus de traitement susceptible d'améliorer de façon sensible l'état de santé de l'assuré, et c'était donc à juste titre que le cas de rechute avait été clos avec cessation du versement des prestations d'assurance au 31 août 2018, étant encore rappelé que le chirurgien avait attesté d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juin 2018 déjà. L'état de santé était stabilisé et elle était en droit de conclure que la capacité de travail était entière dans un poste adapté au handicap de l'assuré, droitier, à savoir une activité ne nécessitant pas de port répété de charges du côté gauche, sans limitation du côté droit, réalisée indifféremment en position assise ou debout, sans nécessité de mouvements répétés en rotation de l'épaule gauche, ni devant porter régulièrement au-delà du plan de l'horizontale. Partant, une aggravation de l'état de l'épaule gauche n'était pas établie et il n'y avait pas lieu de revoir l'exigibilité, respectivement les gains d'invalidité et de valide définis dans sa précédente décision. Enfin, elle avait accepté la prise en charge d'un suivi médical deux fois par an sur le plan de l'épaule avec éventuellement une échographie chaque année et trois séries de séances de physiothérapie prises annuellement, et ponctuellement un traitement antalgique voire anti-inflammatoire. Un droit à de plus amples prestations pour les séquelles de l'accident du 31 juillet 2014 n'existait pas.
56. Par acte du 30 septembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu à l'audition du Dr F_____, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et au versement de toutes les prestations d'assurance auxquelles il avait droit, dont une rente d'invalidité. Il a soutenu que l'aggravation de l'état de son épaule gauche avait justifié une nouvelle opération, depuis laquelle il présentait plusieurs limitations qui l'empêchaient de travailler, même dans une activité adaptée. L'atteinte de son genou avait été écartée sans droit. Enfin, il avait toujours travaillé en qualité de plombier-chauffagiste, de sorte que ses perspectives de gains dans une activité adaptée n'étaient pas réalistes, ce d'autant plus qu'il était âgé de 62 ans et n'avait plus travaillé depuis 2014.
57. Par décision du 1^{er} novembre 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 30 octobre 2019.
58. Dans sa réponse du 27 novembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que la reconnaissance d'une rechute avait été refusée par décision du

3 juin 2016 et que la situation était restée inchangée jusqu'à l'intervention chirurgicale, comme retenu dans sa décision sur opposition du 6 octobre 2017. Elle avait pris en charge l'opération et servi des indemnités journalières dès le 1^{er} janvier 2018. Les rapports des médecins traitants du recourant ne permettaient pas de remettre en cause les rapports probants de son médecin-conseil, qui avait conclu que l'existence d'une aggravation de l'état de l'épaule gauche n'était pas établie. En effet, le Dr L_____ n'avait vu l'intéressé qu'à une seule reprise en mai 2019, il n'avait pas motivé son appréciation selon laquelle le cas ne serait pas stabilisé. De surcroît, il avait estimé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Quant au Dr F_____, il avait intégré l'ensemble des pathologies rhumatologiques de son patient, dont des douleurs au genou et au rachis qui n'étaient pas à la charge de l'intimée, et il avait retenu l'existence d'une brèche transfixiante du sus-épineux, alors que le Dr K_____ avait jugé que la cicatrisation était parfaite. En outre, les conclusions du médecin traitant quant à une incapacité totale de travail dans n'importe quel emploi n'étaient pas justifiées par les limitations fonctionnelles qui concernaient uniquement le membre supérieur gauche. Les rapports des médecins traitants ne permettaient donc pas de mettre en doute l'avis du spécialiste qu'était le Dr K_____ ou du médecin-conseil. S'agissant du genou, son médecin-conseil avait expliqué que la chondropathie dont souffrait le recourant était d'origine dégénérative, et le Dr F_____ avait notamment diagnostiqué une arthrose des deux genoux. Pour le surplus, on pouvait se référer à l'examen radiologique effectué à la CRR le 13 mars 2015. En définitive, le recourant n'avait apporté aucun élément médical pertinent permettant de douter des conclusions du Dr H_____, lequel s'était appuyé sur les constatations objectives du Dr K_____. En présence d'un dossier complet, les mesures d'instruction sollicitées apparaissaient superflues. L'état de santé du recourant était donc stabilisé et elle avait clos à juste titre le cas de rechute, avec une cessation du versement des prestations au 31 août 2018. L'existence d'une aggravation des séquelles de l'accident du 31 juillet 2014 au niveau de l'épaule gauche n'étant pas établie, il n'y avait pas lieu de revoir l'exigibilité.

59. Par réplique du 24 février 2020, le recourant a conclu, préalablement, à l'audition des Drs F_____ et L_____, et à la tenue d'une expertise judiciaire orthopédique et rhumatologique de l'épaule et du genou. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à ce que l'intimée soit condamnée à poursuivre le versement des indemnités journalières. Subsidiairement, il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 31 août 2018 et plus subsidiairement, à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de prendre en charge le suivi médical tel qu'énoncé dans la décision sur opposition. Le recourant a rappelé avoir été mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de 14% en raison d'une rupture partielle du tendon du sus-épineux. Il paraissait douteux de considérer que son état de santé était parfaitement stabilisé à l'époque ou qu'aucune rechute n'était intervenue avant l'opération de janvier 2018, alors que le Dr F_____ avait

signalé un nouvel élément venu aggraver les lésions tendineuses de l'épaule en juillet 2016, avec une fissure intra-tendineuse du sous-scapulaire qui n'existait pas en 2014. D'ailleurs, en avril 2017 déjà, le Dr K_____ avait préconisé l'intervention de 2018, et ce afin de lui rendre une « qualité de vie acceptable ». En octobre 2018, le Dr F_____ avait relevé que, malgré l'opération, une brèche transfixiante du sus-épineux expliquait les douleurs et la gêne, et justifiait l'incapacité de travail totale. Si le chirurgien avait observé un résultat radiologique excellent, il avait également confirmé la persistance des douleurs et d'une gêne. S'agissant des reproches formulés à son encontre concernant une insuffisance des exercices pratiqués dans les suites opératoires, il a rappelé la kinésiophobie déjà mise en avant lors de son séjour à la CRR, ce qui ne relevait pas de sa stricte volonté. Lors de son examen du 11 novembre 2018, le Dr H_____ avait confirmé la rupture « hyperative » du tendon sus-épineux suite à la réalisation de l'arthroscopie du Dr K_____, sans amélioration fonctionnelle bien nette. Malgré tout et de façon surprenante, il avait constaté que le tableau clinique était identique à celui observé lors de l'examen du 7 juillet 2015. Les conclusions du médecin d'arrondissement quant à l'absence d'aggravation de l'état de santé, la stabilisation du cas et la capacité de travail, étaient en contradiction avec la position claire de ses médecins traitants. À cet égard, il produisait de nouveaux rapports attestant des lésions encore présentes et de la non stabilisation de son état. Subsidièrement, s'il devait être conclu que son état de santé était stabilisé, il concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a rappelé que l'intimée était entrée en matière sur une rechute, dès l'opération de janvier 2018. En outre, une tendinopathie, qui découlait directement de l'accident et des interventions subséquentes, entravait toujours sa capacité de travail, comme attesté par les rapports joints. S'agissant du genou, son médecin avait considéré que l'arthrose probablement dégénérative avait été décompensée par un traumatisme. Une nouvelle comparaison des revenus, tenant compte de l'état de santé actuel, des douleurs persistantes et des limitations associées, aurait dû être effectuée. Concernant la détermination de son revenu sans invalidité, il a soutenu qu'il ne disposait d'aucune capacité de travail résiduelle et qu'un abattement de l'ordre de 25% devrait être appliqué. Il sollicitait donc l'octroi d'une pleine rente d'invalidité. Enfin, il contestait les récents refus de l'intimée de prendre en charge un certain nombre de factures, refus qui n'étaient pas compréhensibles au vu des indications contenues dans la décision sur opposition. Il requérait donc la prise en charge des factures jointes à son écriture et concluait, très subsidiairement, dans l'hypothèse où il ne devait pas être fait droit à ses précédentes conclusions, à la confirmation de la prise en charge telle que mentionnée dans la décision litigieuse.

Le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 22 octobre 2019 révélant notamment que le bourrelet glénoïdien était d'aspect normal, les tendons du sous-scapulaire, de l'infra-épineux, du long chef biceps et du teres minor étaient

de morphologie et de signal normaux ; le status post plastie du tendon supra-épineux était décrit avec des remaniements dégénératifs à leur insertion, sans fissure ni déchirure ; l'examen a permis de conclure à un remaniement de l'insertion du tendon du supra-épineux compatible avec une tendinopathie ;

- un rapport du Dr L_____ du 10 décembre 2019, aux termes duquel son patient présentait toujours une limitation des amplitudes de l'épaule gauche ; les examens pratiqués témoignaient d'une atteinte tendineuse du supra-épineux persistante en lien direct avec l'accident de 2014, traduisant la non-amélioration et la non stabilisation du cas ; compte tenu de son état non stabilisé, l'intéressé était incapable de retrouver une activité professionnelle, même adaptée ;
- un questionnaire auquel le Dr F_____ avait répondu à sa demande le 17 janvier 2020 ; il en ressortait notamment que la tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche faisait obstacle à une reprise du travail, même dans un poste adapté ; la persistance de cette tendinopathie sans rupture transfixiante mettait en évidence une aggravation de l'état de santé du recourant, malgré la chirurgie réparatrice dont l'évolution avait été défavorable ; son patient ne pouvait plus utiliser normalement son épaule gauche et il ne pouvait plus travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale, faire des gestes répétitifs avec l'épaule gauche et porter des charges lourdes ; l'incapacité de travail était totale et son état pourrait s'améliorer avec des traitements médicaux de type physiothérapie ; s'agissant du genou, le patient présentait une arthrose du genou « droit » fémoro-tibiale et fémoro-patellaire d'origine dégénérative, mais décompensée par un traumatisme.

60. En date du 30 avril 2020, l'intimée a dupliqué et maintenu ses conclusions. Elle a contesté, contrairement à ce que pensait le recourant, avoir admis une aggravation en acceptant de prendre en charge l'opération proposée par le Dr K_____. Elle a également relevé que le Dr H_____ avait exposé, aux termes de son appréciation du 5 juin 2019, que la mobilité de l'épaule gauche était comparable avec celle de son examen du 7 juillet 2015, de sorte qu'on ne pouvait pas retenir d'aggravation. Les douleurs, la gêne et les limitations fonctionnelles auxquelles se référaient le recourant pour contester la fin des prestations au 31 août 2018 avaient été prises en considération dans la définition des limitations fonctionnelles établie par le Dr H_____ lors de son examen final du 12 novembre 2018. Concernant la tendinopathie du supra-épineux relevée par le Dr L_____, elle a rappelé que le Dr F_____ en avait déjà fait état dans son rapport du 28 novembre 2014, dans lequel il avait posé le diagnostic de lésions tendineuses de l'épaule. La non-amélioration énoncée par le Dr L_____ résultait de la présence de limitations fonctionnelles reconnues. Ce médecin n'avait pas fait état d'élément permettant de remettre en cause la stabilisation de l'état de santé. Il ne proposait notamment aucun traitement susceptible d'améliorer la situation, significativement et durablement, l'état de santé du recourant et permettant l'augmentation de sa capacité de travail exigible. Quant au rapport du Dr F_____, on ne pouvait induire de la persistance de la

tendinopathie du sus-épineux une aggravation de l'état de santé du recourant. En outre, les réponses aux questions du Dr F_____ apparaissaient contradictoires, puisqu'il avait noté que son patient ne pouvait plus utiliser normalement son épaule « gauche » et qu'il n'était plus capable de travailler avec « les bras » au-dessus de l'horizontale. Les restrictions retenues ne s'opposaient pas à celles de son médecin-conseil. Partant, les éléments dont se prévalait le recourant n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de l'appréciation du médecin d'arrondissement. Concernant le droit à la rente, l'existence d'une aggravation de l'état de l'épaule gauche n'était pas établie, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de revoir l'exigibilité, respectivement les gains d'invalidé et de valide. Enfin, s'agissant des refus de prendre en charge certaines factures, les conclusions du recourant étaient sans pertinence au vu de la décision querellée. Les factures produites seraient transmises à son agence compétente pour examen.

61. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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).

En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

b. L'employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève, de sorte que la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

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. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident assuré 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 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

b. Dans sa décision litigieuse du 30 août 2019, laquelle circonscrit l'objet de la contestation, l'intimée a considéré que l'état de santé était stabilisé au 31 août 2018, que l'intéressé disposait à nouveau dès cette date d'une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et que les séquelles accidentelles ne s'étaient pas aggravées depuis sa précédente décision entrée en force, de sorte qu'elle pouvait confirmer l'exigibilité et le degré d'invalidité alors retenus. Enfin, elle a statué sur le traitement médical qui restait à sa charge.

Compte tenu des conclusions du recourant, le litige porte donc sur son droit à des indemnités journalières au-delà du 31 août 2018, cas échéant, sur son droit à une rente d'invalidité. En revanche, dès lors qu'il demande la confirmation de la prise en charge des soins telle que mentionnée dans la décision querellée, ce point n'est pas litigieux.

6. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. 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. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit que, 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 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi

des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

7. a. 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, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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).

L'art. 18 al. 1 LAA dispose que si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard / Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^{ème} éd., n° 153 p. 895).

b. Ainsi, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. Il cesse également s'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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1).

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, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas ; cette question doit être examinée de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 et les références). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

8. a. Selon l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives.

b. Conformément à la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

9. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_501/2014 du 5 août 2015 consid. 4.3).

La rechute et les séquelles tardives constituent des motifs de révision (ATF 127 V 456 consid. 4b ; ATF 118 V 293 consid. 2d), même si elles font suite à une décision de refus de rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_148/2018 du 6 juillet 2018 consid. 6.2). Lorsque le droit aux prestations a été nié par le passé, un nouvel examen illimité ne peut pas être effectué à ce titre. Il faut bien plutôt partir de la décision entrée en force et l'admission d'une rechute ou de séquelles tardives suppose une modification de l'état de fait déterminant sous l'angle du droit à la prestation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_148/2018 du 6 juillet 2018 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

10. 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. 3b/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).

11. 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).

12. 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).
13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).
14. a. En l'espèce, la chambre de céans observe au préalable que les faits de la cause sont relativement complexes, avec de nombreuses demandes de prestations du recourant concernant les mêmes troubles et de multiples prises de position de la part de l'intimée. Elle constate également une confusion qui résulte de l'emploi parfois inadéquat du terme « rechute », ainsi que des incertitudes quant à l'argumentation de l'intimée, dont certaines décisions sont peu motivées.

b. Elle rappellera donc brièvement que, par décision du 22 décembre 2015 entrée en force, l'intimée a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité suite à l'accident du 31 juillet 2014. Elle a en effet considéré que l'intéressé était apte à travailler à temps complet dans une activité adaptée et que sa perte de gain, fixée à 5.55% après comparaison des revenus avec et sans invalidité, était insuffisante pour ouvrir le droit à une rente.

Suite à l'annonce d'une « rechute chez lui » le 12 mai 2016, l'intimée a traité le cas comme une rechute au sens légal, exclu toute aggravation de l'état de santé et maintenu l'exigibilité précédemment définie, alors que le recourant a, semble-t-il, voulu signaler un nouvel évènement accidentel ayant entraîné de nouvelles lésions.

Cela étant, cette question a fait l'objet d'une décision le 3 juin 2016 qui a acquis force de chose décidée, l'opposition du recourant ayant été déclarée irrecevable pour cause de tardiveté, par décision sur opposition du 22 juillet 2016 non contestée.

Le recourant a de nouveau sollicité des prestations au mois d'avril 2017, dans le cadre de l'intervention préconisée par le Dr K_____. L'intimée a statué par décision du 13 septembre 2017, confirmée sur opposition du 6 octobre 2017, et admis la prise en charge de l'opération au titre de rechute, mais refusé le versement de toute prestation tant et aussi longtemps que le recourant n'était pas d'accord de se soumettre au geste chirurgical. L'admission d'une « rechute » est surprenante puisque la lésion opérée par le Dr K_____ existait déjà lors du prononcé de la décision du 22 décembre 2015 et qu'une intervention avait d'ailleurs été évoquée lors du séjour à la CRR. Ainsi, les troubles pour lesquels l'intimée a versé des prestations en 2018 étaient antérieurs à la clôture du cas en 2015 et l'atteinte de l'épaule gauche n'était alors pas guérie.

Par courrier du 7 août 2018, l'intimée a informé le recourant qu'elle considérait que son cas était stabilisé et que son droit aux indemnités journalières prendrait fin au 31 août 2018. Elle n'a toutefois pas rendu de décision formelle.

Le recourant a rempli un formulaire de rechute le 1^{er} avril 2019 et l'intimée a refusé de prester, par courrier du 12 avril 2019, au motif que les séquelles de l'accident ne s'étaient pas aggravées, de sorte qu'elle maintenait les termes de sa décision sur opposition de 2015.

L'intéressé a alors requis le prononcé d'une décision formelle et l'intimée a statué le 19 juin 2019. Elle a rappelé l'annonce d'une rechute le 1^{er} avril 2019, sans se référer expressément aux droits de l'intéressé à des indemnités journalières et à une rente. Elle a motivé succinctement son refus de prestations par l'absence de lien de causalité entre l'accident du 31 juillet 2014 et les troubles à l'épaule et au genou. La question pourrait donc se poser de savoir si l'intimée s'est prononcée sur le droit aux prestations du recourant uniquement à partir du mois d'avril 2019, date de la dernière annonce de rechute, ou également dès le 1^{er} septembre 2018, date de la fin du versement des indemnités journalières.

Cela étant, dans sa décision sur opposition du 30 août 2019, laquelle détermine l'objet du litige, l'intimée a retenu que l'état de santé du recourant était stabilisé, sans aggravation par rapport à la situation qui prévalait en 2015. Elle en a conclu qu'elle était en droit de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 31 août 2018 et de confirmer l'exigibilité et le degré d'invalidité retenus dans sa décision sur opposition du 22 décembre 2015.

15. La question litigieuse revient donc à examiner si l'intimée était fondée, sur la base des appréciations de son médecin-conseil des 24 juillet et 14 novembre 2018, 11 avril et 5 juin 2019, d'une part, à mettre un terme au versement des indemnités

journalières dès le 1^{er} septembre 2018 et, d'autre part, à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité.

16. La chambre de céans constate que les rapports du Dr H_____ ont été établis en pleine connaissance du dossier du recourant, dont les plaintes ont été prises en considération. Le médecin d'arrondissement a procédé à un examen médical personnel de l'intéressé et consigné le résultat de ses observations cliniques. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude approfondie et les avis divergents des médecins traitants ont tous été discutés. Les rapports du Dr H_____ sont motivés et dénués de toute contradiction, de sorte qu'ils remplissent a priori les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.
17. a. S'agissant de la fin du droit aux indemnités journalières, le Dr H_____ a retenu que l'état de santé du recourant était stabilisé au 1^{er} septembre 2018.

Cet avis est basé sur celui du Dr K_____, spécialiste ayant opéré le recourant, qui a constaté, six mois après l'intervention, que l'échographie de contrôle avait révélé une « parfaite cicatrisation » de la coiffe des rotateurs et que son patient présentait une limitation des amplitudes articulaires en raison du manque d'étirements réalisés à domicile. Il ne préconisait plus aucun soin, pas même un traitement conservateur, et a précisé que des séances de physiothérapie n'apporteraient rien. La reprise d'activité, initialement prévue pour le 1^{er} juin 2018, a été reportée avec une capacité de travail fixée à 50% dès août 2018 et à 100% dès septembre 2018 (cf. certificat du 1^{er} juin 2018 et rapport du 23 juillet 2018). Après avoir revu le recourant à la fin du mois d'août 2018, le Dr K_____ a signé un bref arrêt de travail de 10 jours, motivé par les seules douleurs alléguées. Il a confirmé en septembre 2018 que le cas était stabilisé (cf. certificat du 29 août 2018 et rapport du 12 septembre 2018).

b. Le recourant conteste la stabilisation de son état de santé et se réfère aux rapports de ses médecins traitants, dont certains ont été établis postérieurement à la décision querellée. Dès lors que ces documents sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue, ils peuvent être pris en considération.

Dans ses rapports des 28 mai et 10 décembre 2019, le Dr L_____ a affirmé, sans la moindre argumentation, que l'état de santé de son patient n'était pas stabilisé. Il n'a cependant suggéré aucune mesure thérapeutique susceptible d'entraîner une sensible amélioration de l'état de l'épaule gauche et d'influencer la capacité de travail.

Quant au Dr F_____, il n'a mentionné aucun traitement dans ses rapports des 16 octobre 2018, 8 mars et 14 mai 2019. Ce n'est que dans son rapport du 17 janvier 2020 qu'il a affirmé que le cas n'était pas stabilisé et qu'il a évoqué un traitement sous forme de séances de physiothérapie. Il n'a toutefois apporté aucun argument permettant de penser que de telles mesures seraient nécessaires pour conserver la capacité résiduelle de gain de son patient. De plus, il est rappelé que le Dr K_____ a clairement contesté que des séances de physiothérapie soient

susceptibles d'améliorer l'état de santé du recourant, lequel n'avait pas effectué à domicile les étirements et exercices qui lui avaient été montrés.

c. Il appert donc que les rapports des médecins traitants ne contiennent pas le moindre élément de nature à remettre en cause les conclusions du Dr H_____, basées sur les rapports du Dr K_____, selon lesquelles l'état de santé du recourant était stabilisé au 1^{er} septembre 2018.

18. L'intimée était donc fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières dès le 1^{er} septembre 2018.

19. a. En ce qui concerne le droit à la rente, il est rappelé que, par décision sur opposition du 22 décembre 2015 entrée en force, l'intimée avait considéré que les séquelles présentées par le recourant au niveau de son épaule gauche lui permettaient d'exercer, à temps complet et sans diminution de rendement, une activité n'impliquant pas le port répété de charge du côté gauche, des mouvements répétés en rotation de l'épaule gauche ou au-dessus de l'horizontale. Elle avait alors procédé au calcul précis de la perte de gain, en comparant les revenus de valide et d'invalidé, et exclu le droit à une rente.

Dans la décision litigieuse, l'intimée a retenu que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé depuis lors, que les limitations fonctionnelles étaient similaires à celles précédemment retenues et que la capacité de travail était toujours entière dans une activité adaptée.

b. Le recourant considère que les pièces du dossier attestent d'une aggravation de l'état de son épaule gauche. Il rappelle tout d'abord que ses troubles ont justifié l'opération de janvier 2018 et se réfère ensuite au rapport du Dr F_____ du 11 juillet 2016, dans lequel le médecin traitant a noté que son patient présentait une fissure intra-tendineuse du sous-scapulaire qui n'existait pas lors de la décision initiale. Le recourant cite ensuite le rapport du Dr F_____ du 8 mars 2019, qui attribue les douleurs résiduelles à une brèche transfixiante, ainsi que le rapport d'IRM du 22 octobre 2019, qui fait état d'une tendinopathie.

La chambre de céans rappelle que la déchirure transfixiante du sus-épineux qui a justifié l'intervention du Dr K_____ avait déjà été mise en exergue en 2015 (cf. rapport d'IRM du 23 mars 2015) et qu'une prise en charge chirurgicale avait d'ailleurs été discutée avant la clôture du cas (cf. rapport de la CRR du 27 mai 2015).

Elle relève ensuite que le rapport d'arthroscanner du 24 octobre 2014 a conclu à une fissure du tendon du sous-scapulaire, de sorte que cette atteinte existait également déjà lors du prononcé de la décision de 2015.

En ce qui concerne le rapport du Dr F_____ du 8 mars 2019, son avis est basé sur les conclusions du rapport d'arthroscanner du mois d'octobre 2018, qui mentionne une brèche du tendon sus-épineux, une fissure du tendon infra-scapulaire et une fissuration du bourrelet glénoïdien. La chambre de céans rappelle toutefois

l'interprétation divergente du Dr K_____ qui, après examen de l'arthroscanner du 15 octobre 2018, a confirmé la parfaite cicatrisation du tendon sur l'os et estimé que le résultat radiologique était excellent. Le chirurgien a expliqué que l'appréciation discordante du radiologue s'expliquait par le passage millimétrique du produit de contraste (cf. rapport du 7 novembre 2018). Ses conclusions ont par la suite été corroborées par de nouveaux examens puisque l'IRM du 22 octobre 2019 n'a révélé aucune anomalie du bourrelet glénoïdien, ni aucune fissure ou déchirure des tendons, en particulier du supra-épineux ou du sous-scapulaire. D'ailleurs, dans son dernier rapport du 17 janvier 2020, le Dr F_____ n'a plus retenu de rupture transfixiante.

Enfin, l'IRM du 22 octobre 2019 n'a révélé qu'une tendinopathie, alors que le recourant souffrait d'une rupture transfixiante du sus-épineux, qui a été opérée avec succès le 29 janvier 2018, ce qui parle plutôt en faveur d'une amélioration des atteintes.

c. Quant aux limitations fonctionnelles et à l'évaluation de la capacité de travail, il est rappelé que le Dr H_____ a constaté, lors de son examen final du 12 novembre 2018, des limitations et des amplitudes comparables à celles qui prévalaient lors de son examen du 7 juillet 2015.

Les rapports des médecins traitants ne contiennent aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement quant à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions citées.

En effet, le Dr F_____ n'a pas justifié les raisons pour lesquelles son patient ne pourrait pas occuper un emploi respectant les restrictions retenues par le Dr H_____ (cf. rapports des 8 mars et 23 juillet 2019). De plus, le médecin traitant a apprécié la capacité de travail de son patient en tenant compte de son état de santé général, dont plusieurs atteintes qui ne sont pas en rapport de causalité avec l'accident du 31 juillet 2014, dont des gonalgies « bilatérales » et des lombalgies (cf. rapport du 14 mai 2019). En outre, dans son dernier rapport, il a mentionné des limitations au niveau des deux membres supérieurs, alors que seul le côté gauche est concerné par l'accident du 31 juillet 2014 (cf. rapport du 17 janvier 2020).

Quant au Dr L_____, il a retenu des restrictions comparables à celles du Dr H_____, en particulier des restrictions quant au port de charge, au travail au-dessus du plan de l'épaule et aux mouvements de rotations et d'abduction, et conclu dans un premier temps que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée (cf. rapport du 28 mai 2019). Dans son dernier rapport, il est revenu sur cette appréciation, sans toutefois livrer le moindre élément susceptible de comprendre un tel revirement. Ses conclusions quant à l'absence de toute capacité de travail, même dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement, ne sauraient être suivies (cf. rapport du 10 décembre 2019).

d. La chambre de céans constate donc que le dossier de la cause ne contient aucun rapport permettant de douter du bien-fondé des conclusions du médecin d'arrondissement qui a écarté toute aggravation des troubles présentés par le recourant au niveau de son épaule gauche et confirmé l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations déjà reconnues en 2015.

20. En conclusion, l'intimée était fondée à retenir, dans sa décision sur opposition du 30 août 2019, que les séquelles présentées par le recourant au niveau de son épaule gauche suite à son accident du 31 juillet 2014 ne s'étaient pas notablement aggravées par rapport aux circonstances qui prévalaient lors du prononcé de la dernière décision entrée en force.

Elle pouvait donc confirmer l'exigibilité retenue dans sa décision initiale, ainsi que l'absence du droit à une rente sans procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité.

À toutes fins utiles, il sera encore relevé à l'attention du recourant que les « facteurs extérieurs » qu'il soulève, comme son âge ou le fait qu'il n'a plus travaillé depuis 2014, n'ont pas à être pris en compte dans l'appréciation de l'invalidité.

21. S'agissant des troubles au niveau du genou gauche, le recourant n'a produit aucun document attestant d'une quelconque rechute depuis la décision du 22 décembre 2015.

En effet, le Dr F_____ s'est limité à attester de la persistance des douleurs au genou gauche (cf. rapport du 8 mars, 14 mai 2019) et à rappeler l'existence d'une arthrose (cf. rapport du 17 janvier 2020).

Ces documents ne permettent donc pas de retenir que la chondropathie constatée à l'IRM du 29 septembre 2014 ou la discrète ostéophytose tricompartmentale observée à la radiographie des genoux du 13 mars 2015, qui avait permis de conclure à une gonarthrose bilatérale modérée prédominante à droite, se serait notablement aggravée.

22. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.
23. 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

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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