

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Métral, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 18 LAA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, travaillait en tant que manœuvre pour le compte de la société V._____Sàrl et était à ce titre obligatoirement assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

Le 26 juin 2013, l'assuré s'est blessé au bras gauche sur un chantier en tentant de retenir une machine qui avait glissé et qui l'a entraîné avec lui dans sa chute. Le diagnostic de contusion de l'avant-bras avec une teno-synovite réactionnelle a été posé. Une incapacité de travail totale a été attestée du 26 juin au 3 juillet 2013 par certificat médical et la CNA a pris en charge cet accident professionnel. L'assuré a par la suite repris le travail.

Dans un certificat médical LAA du 17 septembre 2013, le Dr E._____, médecin-assistant au sein des Unités [...] du Centre hospitalier N._____ (Centre hospitalier N._____), a diagnostiqué une insertionite de contre-coup du biceps brachial gauche, le traitement consistant en la prise d'antalgiques et du repos. Des séances de physiothérapie ont également été prescrites.

Sur demande de la CNA, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué, dans un rapport médical intermédiaire du 23 juin 2014, que le traitement de l'assuré s'était terminé le 11 février 2014, étant précisé que les douleurs du coude avec une diminution de la force persistaient chez l'assuré qui estimait cependant que la situation était satisfaisante.

Le 5 janvier 2015, un formulaire de déclaration de rechute a été adressé à la CNA. L'assuré a été en incapacité de travail totale depuis le 6 janvier 2015 et n'a pas repris le travail depuis lors.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule gauche de l'assuré, réalisée le 22 janvier 2015, a mis en évidence une déchirure distale transfixiante du sus-épineux avec désinsertion partielle, sans rétraction, ainsi qu'une discrète déchirure distale antérieure du sous-épineux.

La CNA a alloué des prestations d'assurance pour les suites de l'évènement du 26 juin 2013.

Le 27 février 2015, l'assuré a subi une intervention chirurgicale réalisée par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-chef au sein de l'Hôpital intercantonal P._____, (Hôpital intercantonal P._____), consistant en une acromioplastie décompressive et suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. A la suite de cette intervention, un traitement intensif de physiothérapie a été prescrit.

Dans un rapport médical du 26 mai 2015, le Dr Z._____ a indiqué que l'évolution post-opératoire était bonne mais que des douleurs avec irradiations au niveau du moignon de l'épaule droite [*recte : gauche?*] lors de la mobilisation active en charge persistaient.

En date du 3 juillet 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

Devant l'évolution peu favorable depuis l'intervention chirurgicale du 27 février 2015, le médecin traitant de l'assuré a adressé celui-ci au Dr F._____, spécialiste en neurologie, lequel a pratiqué, en date du 18 août 2015, un EMG [électromyogramme] des nerfs cubital et médian du membre supérieur gauche qui s'est révélé normal. Ce médecin n'a ainsi pas été en mesure d'expliquer, du point de vue de sa spécialité, les douleurs et dysesthésies persistantes chez le patient et a proposé un séjour de l'assuré à la Clinique K._____ (Clinique K._____).

L'assuré a été examiné par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, le 24 septembre 2015. Ce médecin a mentionné ce qui suit :

« Actuellement, le patient dit qu'il ne va pas vraiment mieux. Il a toujours une sensation de tension douloureuse dans l'épaule G [gauche]. En revanche, il a une bonne mobilité et une bonne force, ce qui était déjà le cas avant l'intervention. En raison des douleurs, le patient a tendance à faire beaucoup de choses avec la main D [droite] et il commence à souffrir de l'épaule D. Il décrit aussi des paresthésies dans les deux derniers doigts de la main G qui surviennent préférentiellement la nuit et un acouphène à G qui remonterait à l'accident.

[...]

Objectivement, l'épaule gauche de l'assuré est souple, sensible à la mobilisation, surtout en fin de course, avec des signes du conflit qui sont douteux. Le Jobe est tenu. La mise sous tension du sus-épineux était douloureuse mais de manière inconstante. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel. La mobilité active est pratiquement complète. Globalement, l'épaule G, qui ne présente pratiquement pas d'amyotrophie, a une bonne force.

Au total, la situation me semble aussi favorable que possible.

Comme demandé, on va adresser le patient à la Clinique K._____ mais je ne suis pas certain que cette mesure lui permette de reprendre son activité habituelle si son patron ne lui consent pas d'aménagements. »

L'assuré a séjourné dans la Clinique précitée du 6 octobre au 3 novembre 2015. Lors de ce séjour, il a participé à des ateliers professionnels dans le but d'évaluer ses capacités de réinsertion professionnelle. Pour ce qui est du pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle, les médecins ont estimé qu'il était modérément favorable en raison de facteurs non médicaux. Quant au pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (travail prolongé et répétitif avec les bras au-dessus du plan des épaules, port de charges lourdes répété au-delà de 15 kg, travail nécessitant l'utilisation de la force répétitive au niveau de l'épaule gauche), il était favorable, la capacité de travail étant entière.

Dans un rapport du 15 février 2016, faisant suite à une consultation de l'assuré du 11 février 2016, le Prof. B._____, spécialiste

en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné que l'assuré présentait des douleurs scapulo-brachiales gauches évoluant depuis près de trois ans après un traumatisme de traction et persistant une année après réparation du sus-épineux et acromioplastie. Les examens clinique et radiologique mettaient en évidence une atrophie et une involution graisseuse isolée complète du petit rond, sans visualisation claire d'une lésion tendineuse. Ce spécialiste a également relevé que l'assuré présentait depuis un mois environ des douleurs décrites comme importantes de l'épaule droite avec également irradiations dans l'ensemble du bras mais sans paresthésies. La mobilité de l'épaule droite était complète avec des douleurs en fin d'amplitude de mouvements et une diminution significative de la force en rotation externe aussi bien au corps qu'en abduction. Il n'y avait en outre pas d'atrophie musculaire clairement visualisée. Ce médecin précisait que les douleurs à l'épaule droite étaient apparues récemment. Il préconisait une évaluation neurologique complémentaire à celle réalisée en août 2015 pour l'épaule gauche ainsi qu'une évaluation par imagerie pour l'épaule droite.

Une IRM de l'épaule droite de l'assuré, réalisée le 8 mars 2016, a mis en évidence une tendinose sévère du muscle supra-épineux avec une déchirure interstitielle et quasiment transfixiante prédominant sur son versant articulaire ainsi qu'une dégénérescence graisseuse de la moitié inférieure du corps du sous-épineux et du corps du petit rond, d'origine indéterminée.

Le rapport d'examen du Dr L. _____ du 27 avril 2016 faisait état des constatations suivantes :

« Actuellement le patient dit qu'il souffre des 2 épaules mais également de la nuque avec des douleurs qui irradient dans les 2 membres supérieurs avec une sensation d'avoir les poignets « serrés ». Si le patient n'est pas trop gêné dans les AVQ [activités de la vie quotidienne], il se fait du souci pour l'avenir. Il a peur que son état de santé s'aggrave et il a l'impression que les médecins ne comprennent pas exactement ce qu'il a.

Objectivement, les épaules sont souples, sensibles à la mobilisation en fin de course, avec des signes du conflit qui semblent négatifs. Le Jobe est bien tenu ddc [des deux côtés]. La force en rotation externe est conservée à G, diminuée à D. Le sous-scapulaire est fonctionnel ddc et il a une bonne force. La mobilité active est complète.

Globalement, les épaules ont une bonne force. Les coudes et les poignets sont sp. Il n'y a pas de déficit neurologique au MS [membre supérieur].

A l'examen de ce jour, le patient m'a paru désespéré, peinant à formuler des plaintes précises et à répondre à des questions simples que j'ai dû systématiquement répéter.

Il n'y a donc rien à attendre de l'employeur en termes de réinsertion professionnelle.

On va donc adresser le patient à la Clinique K. _____ en espérant qu'il puisse bénéficier d'une phase ECP [évaluation de la capacité professionnelle] et qu'une piste professionnelle puisse se dégager.

Je souhaiterais également qu'une nouvelle évaluation psychiatrique soit effectuée.

On verra également si on veut compléter le bilan par une IRM cervicale. »

Une IRM de la colonne cervicale de l'assuré, effectuée le 6 mai 2016, a montré un rétrécissement uncarthrosique modéré du trou de conjugaison C5-C6 droit (potentiel conflit avec la racine C6), toutefois sans conflit radiologiquement significatif, et ne correspondant pas à l'examen clinique. L'IRM a été qualifiée de normale par le radiologue, vu l'âge de l'assuré.

Du 25 mai au 21 juin 2016, l'assuré a effectué un deuxième séjour auprès de la Clinique K. _____, afin de procéder à une évaluation globale et professionnelle de sa situation.

Il résulte d'un rapport établi le 21 juin 2016 concernant les ateliers professionnels suivis par l'assuré dans le cadre de son séjour dans la Clinique précitée que le port de charges ne devait pas excéder 5 kg.

Au terme de son rapport du 21 juin 2016 relatif à un consilium psychiatrique qui a eu lieu le 31 mai 2016, la Dresse S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin associé au sein de la Clinique K. _____, a retenu comme diagnostic un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) et a conclu que la perspective d'un changement d'orientation professionnelle était vécue de manière très déstabilisante par le patient. Cela se traduisait par une symptomatologie

anxio-dépressive légère, ainsi qu'une focalisation sur les douleurs ressenties. Le traitement de Cymbalta introduit devait être poursuivi au moins durant six mois, sous contrôle du médecin traitant.

Dans un rapport du 7 juillet 2016 établi à l'issue du deuxième séjour de l'assuré à la Clinique K. _____, les médecins ont précisé que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable et qu'en théorie, une capacité de travail totale était possible mais que les facteurs contextuels allaient compliquer une reprise d'activité.

Dans son rapport d'examen du 9 novembre 2016, le Dr L. _____ a écrit notamment ce qui suit sous la rubrique « Appréciation » :

« Actuellement le patient dit que ça ne va pas. Bien plus que de douleurs dans les 2 épaules, prédominant à G, il se plaint d'une impression de blocage de tout le MSG [membre supérieur gauche] et d'une force qui a tendance à s'épuiser lorsqu'il essaie d'utiliser sa main G. C'est la raison pour laquelle la mesure ECP a d'emblée échoué, M. U. _____ réclamant « de voir un médecin ».

Objectivement, les épaules sont souples, sensibles à la mobilisation dès que le patient les bouge un peu, avec des signes du conflit qui sont maintenant ininterprétables chez un patient devenu extrêmement dolent et expressif. Le Jobe est tenu ddc mais il faut beaucoup insister. La force en rotation externe, diminuée à D, semble effondrée à G chez un patient qui ne donne manifestement plus toute la mesure de ses possibilités. Le sous-scapulaire est fonctionnel à G et à D. La mobilité active est apparemment fortement limitée dans tous les plans, le patient interrompant rapidement ses mouvements mais l'un et l'autre bras peuvent être facilement portés à 160° d'élévation et le patient est tout à fait capable de les tenir dans cette position. Le bras et l'avant-bras G semblent légèrement augmentés (?) de volume par rapport à D tandis que la main G a un aspect normal. Les ROT [rotateurs] sont normo-vifs, symétriques. A G, la force est diminuée pour tous les groupes musculaires examinés mais il n'y a pas d'amyotrophie et les muscles se contractent tout à fait normalement. Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité aux MS.

On est bien sûr étonné de l'aggravation du handicap apparent par rapport à la situation qui prévalait en avril dernier et on est tenté de la mettre sur le compte d'une comorbidité psychiatrique qui semble prendre de l'ampleur et pour laquelle un soutien psychothérapeutique devrait peut-être être mis en place par le médecin traitant. »

Le Dr L._____ a proposé d'effectuer une nouvelle IRM de l'épaule gauche de l'assuré et d'interpeller le Dr F._____ pour qu'il confirme qu'il n'y avait pas d'atteinte neurologique objectivable chez l'assuré.

Une arthro-IRM de l'épaule gauche de l'assuré a ainsi été réalisée le 22 novembre 2016 par le Dr H._____, spécialiste en radiologie. Celui-ci a conclu, dans son rapport du même jour, à des altérations de signal des tendons du muscles sus-épineux, sous scapulaire et du tendon du long chef du biceps, traduisant une tendinopathie de ces derniers sans déchirure transfixiante, associée à une bursite sous-acromiale, une infiltration adipeuse focale de la portion centrale du muscle sus-épineux, de stade Goutallier III épargnant les autres muscles de la coiffe, ainsi qu'un amincissement cartilagineux et remaniement d'aspect séquellaire du labrum dans son segment antéro-inférieur sans déchirure.

L'ENMG [électroneuromyogramme] pratiquée par le Dr F._____ en date du 8 décembre 2016 s'est révélé normal et n'a mis en évidence aucune pathologie neurologique susceptible d'expliquer les plaintes du membre supérieur gauche de l'assuré.

Dans son rapport d'examen final du 25 février 2017, le Dr L._____ a notamment relevé ce qui suit :

«L'épaule D ne concerne pas la Suva [CNA].

Pour ce qui est de l'épaule G, l'évolution est défavorable avec un handicap qui va croissant et qui ne trouve pas d'explication orthopédique ou neurologique, malgré des investigations répétées, les discrètes constatations qui sont faites actuellement au MSG s'expliquant probablement par sa sous-utilisation. En d'autres termes il s'agit d'un trouble fonctionnel qui s'inscrit probablement dans le cadre de la comorbidité psychiatrique diagnostiquée chez l'assuré et dont la Suva n'a certainement pas à répondre au sens de la causalité adéquate, cette question étant finalement du ressort de l'administration.

Ce trouble fonctionnel est venu compliquer un status après réparation de la coiffe des rotateurs dont le résultat objectif reste tout à fait bon.»

Ce médecin a ainsi considéré que la situation médicale était stabilisée et que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (charges moyennes, les bras en porte-à-faux et les mouvements en hauteur).

Par courrier du 14 juin 2017, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2017.

Par lettre du 15 juin 2017, l'employeur a mis fin aux rapports de travail avec effet au 31 août 2017.

Par décision du 28 août 2017, la CNA a refusé d'engager sa responsabilité pour les troubles ne reposant sur aucun substrat organique. Elle a ainsi clos le cas au 30 juin 2017 en ce qui concernait l'indemnité journalière et le traitement médical, tout en précisant qu'une rente d'invalidité lui serait servie à partir du 1^{er} juillet 2017.

Par décision du 4 septembre 2017, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 20% à compter du 1^{er} juillet 2017. Elle s'est fondée, pour calculer le degré d'invalidité, sur les descriptifs de postes tirés de sa base de données. Ainsi, sur cent quarante-trois descriptions de postes listées, la CNA en a retenu en particulier cinq, soit collaborateur de production en tant qu'ouvrier (DPT n° 597315), monteur, cablage (DPT n° 2260), soudeur Laser (DPT n° 11576), rectifieur, tourneur (DPT n° 34319) et trieur (DPT n° 834346). Ces activités lui permettaient de réaliser un revenu résiduel moyen d'environ 60'653 francs. Comparé au gain de 75'959 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 20%. La CNA a en outre alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 5%, correspondant à un montant de 6'300 fr., calculée sur un gain annuel de 126'000 francs.

Par écriture du 25 septembre 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition contre les décisions des 28 août et 4 septembre 2017 et a requis la suspension de la procédure

jusqu'à réception de l'expertise bi-disciplinaire ordonnée dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations déposée auprès de l'OAI. Il a également conclu à la poursuite du versement des indemnités journalières, considérant que son état de santé ne s'était pas stabilisé, et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière ainsi qu'au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 5%.

Le 3 novembre 2017, l'assuré a complété son opposition en produisant un rapport d'expertise médicale privée réalisée le 30 juin 2017 par le Dr J. _____, spécialiste en réadaptation et médecin-chef auprès de l'Hôpital [...]. Ce médecin a notamment constaté qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre les affections actuelles de l'assuré et l'accident survenu le 26 juin 2013. Il a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en précisant tenir compte des limitations fonctionnelles objectivées au MSG, avec difficultés de rester en position debout prolongée sans aggraver les douleurs, ainsi que de la tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs du MSD. Il a expliqué que son appréciation quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée divergeait de celle du médecin d'arrondissement de la CNA en ce sens qu'il y avait lieu de tenir compte, en sus de la problématique de l'épaule gauche, du fait que la station debout prolongée au-delà de 30 minutes aggravait les douleurs à cette épaule, qu'il y avait aussi des limitations à l'épaule droite qui était le siège d'une tendinopathie sévère du muscle du supra-épineux et qu'il fallait en outre tenir compte de la réaction dépressive de l'assuré ainsi que des plaintes qui concernaient la mémoire dont l'origine n'était en l'état pas claire. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'assuré a estimé qu'il fallait prendre en compte, à titre de revenu d'invalidé, la moyenne de l'ensemble des 143 DPT, ce qui aboutissait à un montant de 56'574 francs. Quant au revenu sans invalidité, c'était la moyenne des revenus réalisés en 2012 (93'966 fr.), 2013 (94'386 fr.) et 2014 (94'963 fr.) qui devait être retenue, soit un montant de 95'438 fr. 50. Ainsi, la perte de gain s'élevait à 38'864 fr. 50, représentant un taux de 40.7%, arrondi à 41%. Enfin, l'assuré s'est également réservé la possibilité de revenir sur la question de l'indemnité

pour atteinte à l'intégrité à réception de l'avis requis auprès d'un spécialiste.

Dans son appréciation médicale du 22 janvier 2018, le Dr L._____ a expliqué les raisons pour lesquelles les troubles touchant l'épaule droite de l'assuré ne concernaient pas la CNA. Il a également répondu au Dr J._____, en relevant que l'aggravation des douleurs chez l'assuré en station debout prolongée au-delà de 30 minutes n'était qu'une plainte parmi d'autres, relevant du handicap subjectif ressenti par l'assuré, dont on ne trouvait aucune explication somatique malgré les investigations effectuées, si bien que ces douleurs alléguées n'étaient pas confirmées par des observations médicales concluantes et qu'elles n'avaient dès lors pas lieu d'être prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail.

Par décision sur opposition du 31 janvier 2018, la CNA a rejeté les oppositions formées par le recourant. Elle a en substance fait valoir que du point de vue somatique et en particulier en ce qui concernait l'épaule gauche, la situation médicale devait être considérée comme stabilisée au plus tard le 15 février 2017, date de l'examen final par le Dr L._____. Elle a constaté l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assuré et l'accident du 26 juin 2013. Elle a par ailleurs estimé que le taux d'invalidité de 20% avait été correctement calculé sur la base d'un revenu d'invalidé moyen tiré de cinq DPT compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré et sur la base d'un revenu sans invalidité basé sur les renseignements fournis par l'ex-employeur et les bulletins de salaire de 2012 et de 2013, déductions faites des allocations familiales perçues par l'assuré. La CNA a enfin considéré qu'il n'y avait pas lieu d'attendre le résultat de l'expertise bi-disciplinaire ordonnée par l'OAI, dès lors que l'assurance-invalidité, contrairement à l'assurance-accidents, devait tenir compte de l'ensemble des troubles susceptibles d'affecter la capacité de travail, y compris les troubles somatiques dégénératifs ou psychiques.

B. Par acte du 5 mars 2018, l'assuré a recouru, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), contre la décision précitée, en concluant principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente d'invalidité non inférieure à 63% lui soit octroyée, à ce qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le montant serait précisé en cours d'instance lui soit allouée et, subsidiairement, à l'annulation de la décision sur opposition rendue le 31 janvier 2018, le dossier étant renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il soutient en particulier que l'intimée a écarté à tort le rapport du Dr J._____, en retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il relève également que l'intimée a passé sous silence la période allant de l'accident de juin 2013 à la nouvelle incapacité de travail en janvier 2015 pour dénier tout lien de causalité adéquate entre l'accident précité et les troubles psychiques qu'il présente, alors que la situation était complexe et que les lésions causées par l'accident paraissent avoir été sous-estimées, voire ignorées jusqu'à l'IRM de janvier 2015. Il prétend par ailleurs que les conséquences de son accident n'ont pas été prises en charge médicalement de manière adéquate dès le début et qu'elles se sont aggravées durant les 18 mois qui se sont écoulés entre celui-ci et la prise en charge médicale dans les règles de l'art, début 2015. En présence d'une prise en charge médicale déficiente et d'une durée anormalement longue du traitement médical, l'intimée aurait dû intervenir pour les conséquences psychiques découlant de l'accident. Concernant le calcul du taux d'invalidité, le recourant reprend les arguments invoqués dans son opposition du 25 septembre 2017, complétée le 3 novembre 2017, en tenant toutefois compte d'un revenu d'invalidité de 28'287 fr. (56'574 fr. / 2) dès lors qu'il estime à 50% sa capacité de travail dans une activité adaptée. Comparé au revenu sans invalidité de 75'959 fr., il en résulte un taux d'invalidité de 62,76% (63%), ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Le recourant soutient encore que l'intimée a agi de manière arbitraire et contraire au droit en refusant de surseoir à sa décision sur opposition jusqu'au résultat de l'expertise bi-disciplinaire ordonnée par l'OAI. Quant au taux de l'atteinte à l'intégrité, le recourant indique être toujours dans l'attente de l'avis du spécialiste consulté.

Par réponse du 7 mai 2018, l'intimée, par l'intermédiaire de son conseil nouvellement constitué, a maintenu sa position, en reprenant en substance les arguments invoqués dans sa décision sur opposition du 31 janvier 2018.

Par déterminations du 20 juin 2018, le recourant a confirmé ses conclusions, tout en indiquant qu'il renonçait à contester le taux de l'atteinte à l'intégrité reconnu par l'intimée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés,

hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige («*Streitgegenstand*») soumis à l'examen du tribunal. Si la décision contestée porte sur un seul rapport juridique ou si elle est attaquée dans son ensemble, l'objet du litige et celui de la contestation se confondent. En revanche, lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 31 janvier 2018, à estimer que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et à octroyer une rente d'invalidité de 20%.

En l'espèce, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas contesté par le recourant qui a retiré sa conclusion dans son écriture du 20 juin 2018, si bien qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

c) On précisera que les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont

allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b/aa) Le droit aux prestations suppose en premier lieu, 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 qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.).

Le seul 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 (non-application du raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

bb) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

cc) Il en va différemment lorsqu'il convient de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence ayant dégagé des critères objectifs pour juger d'un tel lien (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

Dans ce cas, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 3.1). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en

considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et réf. cit.).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsque l'on se

trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept susmentionnés ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident. En revanche, en présence d'un accident apparaissant comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, un seul des sept critères peut être suffisant. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

dd) On ajoutera qu'il est admissible de laisser la question de la causalité naturelle ouverte lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon 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 maladie 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 et réf. cit. ; TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 ; 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. 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 293 consid. 2c et réf. cit. ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2).

d/aa) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

bb) Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité 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 - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, il est constant que l'état de santé de l'assuré s'est stabilisé, pour ce qui est des suites de l'accident, au plus tard au 15 février 2017. En effet, tant le Dr L._____ (cf. rapport d'examen final du 15

février 2017) que le Dr J. _____ (cf. rapport du 30 juin 2017) parviennent à cette conclusion, si bien que l'intimée était fondée à cesser le versement des indemnités journalières et à examiner la question du droit à une rente d'invalidité.

6. Il s'agit à présent de déterminer la capacité de travail du recourant, ceci sur la base des rapports médicaux figurant au dossier.

a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant présente des atteintes à son épaule gauche d'origine accidentelle, lesquelles ont été prises en charge par l'intimée.

b/aa) Le recourant considère en revanche, contrairement à l'intimée qui retient une capacité de travail entière, que sa capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée. Il se réfère à cet égard au rapport médical du 30 juin 2017 du Dr J. _____, dans lequel ce spécialiste explique qu'il retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée car, en sus de la pathologie du membre supérieur gauche, il faut, selon lui, tenir compte non seulement du fait que la station debout prolongée, au-delà de 30 minutes, aggrave les douleurs de l'épaule gauche, mais également des limitations présentes au membre supérieur droit en lien avec la tendinopathie sévère du muscle supra-épineux ainsi que de la réaction dépressive de l'assuré.

bb) Pour ce qui est de l'aggravation des douleurs à l'épaule gauche après trente minutes en station debout prolongée, le Dr L. _____ a relevé, dans son appréciation médicale du 22 janvier 2018, que cette aggravation était purement liée au ressenti de celui-ci, autrement dit constituait un handicap subjectif chez l'assuré dont on ne trouvait aucune explication somatique malgré les investigations effectuées. Dès lors que ces douleurs alléguées n'étaient pas confirmées par des observations médicales concluantes, il n'y avait pas lieu de les prendre en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Le Dr L. _____ apporte une explication convaincante qu'il y a lieu de suivre et qui rejoint l'appréciation des médecins de la Clinique K. _____ (cf. rapport du 7

juillet 2016). Du reste, on ne voit pas en quoi une position debout prolongée peut avoir une quelconque influence sur une épaule, en l'occurrence l'épaule gauche de l'assuré. Par ailleurs, le recourant admet, avec le Dr J._____, que l'épaule gauche doit être considéré comme stabilisée sur le plan médical depuis le 15 février 2017. En outre, les limitations fonctionnelles décrites par la Clinique K._____ et reprises par le Dr L._____ tiennent précisément compte des atteintes de l'épaule gauche du recourant. Il n'y a donc pas lieu à cet égard de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires.

cc) S'agissant de l'épaule droite, les douleurs la concernant ont été mentionnées pour la première fois dans le rapport d'examen du Dr L._____ du 24 septembre 2015 dans lequel il précisait que le patient avait tendance à faire beaucoup de choses avec la main droite en raison des douleurs à l'épaule gauche et que celui-ci commençait à souffrir de l'épaule droite. Dans son rapport du 15 février 2016, le Prof. B._____ relevait que les douleurs à l'épaule droite étaient apparues récemment. Dans son rapport d'examen final du 25 février 2017, le Dr L._____ a indiqué brièvement que les troubles constatés à l'épaule droite ne concernaient pas la CNA. Il a développé cette appréciation dans son rapport complémentaire du 22 janvier 2018 en expliquant que l'IRM de l'épaule droite réalisée le 8 mars 2016 avait montré une importante tendinopathie du sus-épineux avec une déchirure interstitielle quasiment transfixiante et une dégénérescence graisseuse de la moitié inférieure du corps sous-épineux et du corps du petit-rond, déduisant que les lésions mises en évidence lors de cet examen étaient de nature dégénérative et qu'elles étaient compatibles avec l'âge d'un ferrailleur quinquagénaire. Le Dr L._____ a ainsi considéré qu'il n'y avait pas de lien de causalité naturelle entre les atteintes à l'épaule droite et l'accident survenu le 26 juin 2013. Le Dr J._____ est parvenu à la même conclusion dans son rapport du 30 juin 2017, puisqu'il a mentionné qu'à son avis, aucune affection dont souffrait l'assuré n'était en lien de causalité directe avec l'accident. La CNA n'avait donc pas à prendre en charge les atteintes de l'épaule droite de l'assuré, faute de lien de causalité naturelle établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre ces atteintes et l'accident.

dd/a) Concernant les troubles psychiques, ceux-ci ont été évoqués pour la première fois par la Dresse S._____ qui a retenu, dans son rapport de consilium psychiatrique du 21 juin 2016 établi à l'issue du deuxième séjour du recourant à la Clinique K._____, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), en précisant que la perspective d'un changement d'orientation professionnelle étant vécue de manière très déstabilisante pour celui-ci et que cela se traduisait par une symptomatologie anxio-dépressive légère, ainsi qu'une focalisation sur les douleurs ressenties. Elle a ainsi prescrit un traitement de Cymbalta pour une durée de six mois.

En l'occurrence, il convient de déterminer s'il existe un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident survenu le 26 juin 2016.

b) La CNA a classé l'accident précité dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité, appréciation partagée par le recourant. Elle a donc procédé à l'examen des critères posés par la jurisprudence pour déterminer s'il existait un tel lien de causalité.

c) S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère doit être examiné de manière objective, et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut souligner qu'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas à l'admission de la réalisation de ce critère (cf. concernant plus particulièrement ce critère : TF 8C_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2 ; 8C_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2 ; U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207). En l'espèce, à l'instar de la CNA, on ne saurait considérer ce critère comme

réalisé. Il n'y a en effet pas eu de mise en danger de la vie de l'assuré. Le diagnostic de contusion de l'avant-bras avec une teno-synovite réactionnelle qui a été posé juste après l'accident dénote une atteinte que l'on peut qualifier de banale. Par ailleurs, la taille imposante de la machine (dameuse) qui a entraîné le recourant dans sa chute ne saurait suffire à considérer que l'accident a eu un caractère particulièrement impressionnant.

d) Concernant le critère de la gravité des lésions physiques, on observera qu'une contusion de l'avant-bras avec une teno-synovite ne peut être considérée comme une lésion grave ou particulière. En outre, comme l'a relevé l'intimée, les lésions physiques présentées par le recourant juste après l'accident ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

c) Quant à la durée du traitement médical, il y a lieu de prendre en compte uniquement le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références).

On ne saurait à l'évidence considérer que le traitement ait été anormalement long ou que l'assuré ait été astreint à un traitement particulièrement lourd ou contraignant. En effet, celui-ci a consisté en des séances de physiothérapie juste après l'accident. Ensuite de la rechute en janvier 2015, le recourant a subi une intervention chirurgicale (acromioplastie et suture de la coiffe des rotateurs) puis a bénéficié de deux séjours à la Clinique K._____. Les mesures thérapeutiques ont consisté pour l'essentiel en des traitements de physiothérapie. Or, la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine

durée - de même que la prise de médicaments antalgiques - ne répond pas au critère d'une durée anormalement longue des soins médicaux (cf. TF 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 et les références citées).

d) Il existe certes des douleurs physiques persistantes chez le recourant. Les éléments font cependant défaut pour les qualifier d'objectivement importantes. La Dresse S._____ relevait que le recourant présentait un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive qui se traduisait notamment par une focalisation sur les douleurs ressenties. En particulier, les examens neurologiques et orthopédiques de l'épaule gauche du recourant n'ont mis en évidence aucune pathologie susceptible d'expliquer les douleurs ressenties par celui-ci, étant précisé que les douleurs à l'épaule droite ne concernaient pas la CNA.

e) Pour ce qui est du critère des erreurs dans le traitement médical, le recourant soutient que, même s'il n'a pas interrompu son activité professionnelle de manière prolongée à la suite de l'accident, il n'a jamais cessé de souffrir durant les dix-huit mois qui ont suivi l'accident. Il considère que le traitement qui lui a été prodigué, soit des séances de physiothérapie, était insuffisant entre juin 2013 et janvier 2015, mois durant lequel une IRM a mis en évidence des lésions (déchirure transfixiante du sus-épineux et déchirure distale antérieure du sous-épineux) qui ont conduit à une intervention chirurgicale d'acromioplastie.

En l'occurrence, à aucun moment, le recourant s'est plaint de ce que sa prise en charge n'était pas adéquate. On relèvera également qu'aucun médecin n'a émis l'hypothèse que le traitement médical prodigué au recourant n'était pas suffisant. On ne saurait dès lors considérer que le critère est réalisé. Cela étant, même à supposer que le traitement médical eût été entaché d'erreurs, ce qui reste à prouver, la réalisation de ce seul critère ne suffit de toute manière pas à retenir un lien de causalité adéquate.

f) On ne saurait pas non plus retenir qu'il y a eu des difficultés apparues en cours de guérison et des complications importantes. En

tenant compte uniquement de l'atteinte de l'épaule gauche, force est de constater que la situation médicale concernant cette épaule a été considérée comme stabilisée le 25 février 2017. Si des complications sont apparues, c'est en raison notamment d'une comorbidité psychiatrique qui a pris de l'ampleur au fil des mois, ainsi que d'une atteinte à l'épaule droite, alors que l'évolution de l'atteinte à l'épaule gauche ensuite de la réparation de la coiffe des rotateurs s'est révélée objectivement bonne.

g) Quant au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, on relèvera qu'en l'espèce, le critère n'est pas non plus réalisé. En effet, la situation par rapport à l'épaule gauche du recourant a été considérée comme stabilisée dès le 25 février 2017, date à laquelle celui-ci était en mesure de reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail du recourant s'est prolongée en raison de divers facteurs étrangers à l'atteinte de l'épaule gauche, notamment de l'atteinte à l'épaule droite laquelle n'est pas du ressort de la CNA et des troubles psychiques en lien avec les craintes de l'assuré par rapport à son avenir professionnel. Ainsi, on ne saurait retenir que l'incapacité de travail strictement en lien avec les lésions physiques de l'épaule gauche du recourant, consécutives à l'accident du 26 juin 2013, présente une durée anormale.

h) En définitive, aucun des critères mentionnés n'est réalisé en l'espèce, si bien qu'il y a lieu de constater l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident survenu en 2013. Par conséquent, d'un point de vue strictement médical, en l'absence d'autres limitations fonctionnelles que celles liées à l'épaule gauche, il convient de retenir que c'est à bon droit que l'intimée a considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

7. Il y a encore lieu d'examiner le degré d'invalidité du recourant, fixé sur la base d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, plus particulièrement la détermination des revenus avec et sans invalidité.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

b/aa) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

bb) En l'espèce, au stade du recours, l'assuré n'a soulevé aucun grief en lien avec le revenu sans invalidité fixé à 75'959 francs. Il n'y a donc pas de raison de s'en écarter.

c/aa) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité assurée ou alors aucune activité normalement

exigible - le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.3).

Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

bb) En l'espèce, le Dr L. _____ a considéré, après avoir examiné le recourant le 15 février 2017, que celui-ci devait éviter les charges moyennes, les bras en porte-à-faux et les mouvements en hauteur, rendant impossible l'exercice de son activité habituelle de ferrailleur mais conservant une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

La CNA a ainsi retenu cinq postes de collaborateur de production en tant qu'ouvrier, ou dans le domaine du montage, câblage, ou comme soudeur Laser ou rectifieur/tourneur et d'ouvrier de scierie comme trieur, qu'elle a jugés pouvoir être occupés par le recourant. A cet égard, le recourant prétend qu'il faudrait retenir la moyenne des cent quarante-trois DPT listés, plutôt que des cinq DPT retenus par l'intimée pour déterminer le revenu avec invalidité. Or à l'examen des descriptifs des cinq postes précités, on constate qu'ils sont tout à fait compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées par le recourant, si bien qu'il n'y a pas lieu d'en prendre d'autres en considération et que le montant retenu par l'intimée à titre de revenu mensuel moyen avec invalidité de 60'653 fr. peut être confirmé.

c) En définitive, la comparaison entre le revenu sans invalidité (75'959 fr.) et le revenu avec invalidité (60'563 fr.) opérée par l'intimée, aboutissant à une perte de gain de 20%, ne prête pas le flanc à la critique, de sorte que la décision litigieuse, accordant au recourant une rente d'invalidité de 20%, peut être confirmée au stade du recours.

8. Le recourant fait valoir que c'est à tort que la CNA a refusé de surseoir à sa décision jusqu'aux résultats de l'expertise bi-disciplinaire mise en œuvre dans le cadre de la demande de prestations qu'il a déposée auprès de l'OAI.

Selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant en matière d'assurance-accidents indépendamment de l'appréciation émise en matière d'assurance-invalidité. La CNA pouvait ainsi rendre une décision à cet égard sans attendre les résultats de l'expertise bi-disciplinaire mis en œuvre dans le cadre de la demande AI.

9. **a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 31 janvier 2018 confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Par ailleurs, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 31 janvier 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Claudio Venturelli (pour U. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :