RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1622/2003 **ATAS/428/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 12 mai 2005

En la cause

Monsieur T_____, représenté par FORUM SANTE, au siège duquel il élit domicile. recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Flumattstrasse 1, 6002 à Lucerne. intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,

Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, juges.

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né le 1er juin 1964, titulaire d'une licence en sciences économiques, était au bénéfice d'indemnités de l'assurance-chômage depuis le 9 novembre 1999 lorsque, le 26 juin 2002, il est tombé sur le flanc droit alors qu'il courait pour attraper un bus, ce qui lui a occasionné des blessures à la tête, à la colonne cervicale, au dos et au pied droit et, partant, une incapacité totale de travail. Il a consulté son médecin le lendemain, pour des nausées et malaises.

2. L'accident a été annoncé à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) le 1er juillet 2002.

3. Le Dr A_____, spécialiste FMH en radiologie, a mentionné la présence de troubles statiques du rachis cervical sous forme de scoliose, d'une discopathie en C5-C6 et C6-C7, de protusions discales. Les examens n'ont révélé ni lésion osseuse, ni hématome (cf. rapports des 1er et 4 juillet 2002 : pièces 3 et 4 SUVA).

4. Le Dr B_____, médecin traitant, a diagnostiqué dans son rapport du 7 septembre 2002 une commotion cérébrale légère avec céphalées migraineuses post-traumatiques. A la question de savoir si les lésions étaient uniquement dues à l'accident, il a répondu par la négative et signalé la présence de troubles psychiatriques avec état dépressif sous-jacent. Il a prescrit le port d'une minerve, des séances de physiothérapie et la continuation du suivi psychiatrique. Il a attesté d'une totale incapacité totale de travail du 28 juin au 12 août 2002.

5. Le 25 septembre 2002, l'assuré a glissé et s'est heurté l'arrière du crâne contre le bord de sa baignoire. Souffrant de nausées et de douleurs à la nuque, il s'est rendu d'urgence à la Permanence de Chantepoulet.

6. Entendu par un collaborateur de la SUVA le 15 novembre 2002, l'assuré a expliqué les circonstances des deux accidents dont il avait été victime. Il a indiqué souffrir régulièrement de maux de tête et de décharges électriques dans le membre supérieur droit. Il a en revanche assuré ne plus souffrir de la hanche et du pied.

7. Lors d'un second entretien, le 12 décembre 2002, l'assuré a précisé que la reprise du travail initialement prévue pour le 19 août 2002, n'avait jamais eu lieu, le Dr D_____ ayant prolongé son arrêt.

8. Le 3 février 2003, l'assuré a été examiné par le Dr C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie. Ce dernier a indiqué que l'assuré continuait à se plaindre de douleurs à la tête, à la nuque et au bras droit. Le médecin a relevé à l'examen de la colonne cervicale et dorsale des signes d'aggravation majeurs, le patient ménageant sa colonne, la mobilité étant meilleure

lors de l'habillage. Le médecin a retenu une relation de causalité pour le moins probable entre les troubles et l'accident survenu en juin 2002 et a confirmé une incapacité de travail jusqu'au 12 août 2002. S'agissant des troubles psychogènes, il a considéré ne pas avoir suffisamment de renseignements médicaux pour pouvoir se prononcer et recommandé de se renseigner auprès du Dr D_____. Il s'est également déclaré dans l'incapacité de juger des conséquences du deuxième accident en l'absence des documents médicaux établis par la permanence de Chantepoulet.

9. Par décision du 17 février 2003, la SUVA a mis l'assuré au bénéfice d'indemnités journalières jusqu'au 18 août 2002.

10. Dans un rapport daté du 24 février 2003, les Drs E_____ et F_____, de la Permanence de Chantepoulet, ont posé les diagnostics suivants : nucalgies et céphalées post-traumatiques, suite à une chute avec réception sur la tête. Ils ont indiqué que le traitement avait pris fin le 8 octobre 2002. Aucune incapacité de travail n'a été signalée (pièce 22 SUVA).

11. Le Dr D_____, psychiatre traitant, a établi un rapport le 25 février 2003 à l'attention de la SUVA. Il a confirmé suivre l'assuré depuis le 16 juillet 2002 et posé les diagnostics de trouble anxieux généralisé dû aux séquelles neurologiques d'un malaise survenu en juin 2002 sur la voie publique et de trouble de l'humeur dépressif (dû à la même affection neurologique) ayant des caractéristiques atypiques, notamment des troubles cognitifs et des manifestations de type psychotique (DSM IV F 32.1). Il a indiqué que l'assuré suivait depuis le 16 juillet 2002 un traitement psychiatrique régulier avec suivi psychothérapeutique et thérapie psycho-pharmacologique appropriée (antidépresseurs, tranquillisants, neuroleptiques et somnifères). Il a qualifié l'évolution sur le plan thymique et cognitif de favorable, avec une légère amélioration et une certaine stabilisation. Il a cependant précisé que l'état clinique anxieux et hypothymique restait présent et était réactionnel aux troubles neurologiques. Selon lui, la relation de causalité entre l'accident du 26 juin 2002 et les troubles est claire et évidente. A sa connaissance, le patient n'a jamais présenté, dans son anamnèse médicale, de symptômes psychiatriques analogues ni bénéficié d'une prise en charge spécialisée par un psychiatre. Le médecin a préconisé une hospitalisation urgente en milieu psychiatrique, que le patient a toutefois refusée (pièce 23 SUVA).

12. Le Dr C_____, dans un rapport daté du 20 mars 2003, a relevé que l'événement du 25 septembre 2002 n'avait pas entraîné d'incapacité de travail. Il a confirmé que l'incapacité causée par l'accident du mois de juin 2002 avait pris fin le 12 août 2002 et indiqué qu'il appartenait à l'administration de se prononcer sur les conséquences des troubles psychogènes. Enfin, il a exprimé l'avis que l'effet délétère de la contusion de la colonne cervicale devait être considéré comme éteint et que la poursuite du traitement n'incombait plus à la SUVA (pièce 24 SUVA).

13. Par décision du 25 mars 2003, la SUVA a mis fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux à compter du 12 août 2002, au motif que les troubles présentés au-delà de cette date n'étaient plus en relation de causalité adéquate avec l'accident du 26 juin 2002.

14. L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 23 avril 2003. Il a fait valoir que l'avis du Dr C_____ était contraire à celui du Dr D_____, lequel estimait que ses troubles étaient la conséquence de l'accident du 26 juin 2002.

15. Par décision sur opposition du 1er mai 2003, la SUVA a confirmé sa décision du 25 mars 2003. Elle a relevé que l'accident n'avait engendré aucune lésion spécifique et avait tout au plus très passagèrement décompensé un important état dégénératif antérieur au niveau du rachis. Quant aux troubles psychiques invoqués, la SUVA a nié l'existence d'un lien de causalité avec l'accident, somme toute banal.

16. Par courrier du 8 mai 2003, le Dr B_____ a tenu à préciser à la SUVA, s'agissant de la reprise du travail préconisée au mois d'août 2002, qu'il avait revu le patient en date des 12 et 19 août 2002 et qu'il avait alors pu constater une persistance et même une aggravation nette des symptômes douloureux post-traumatiques nécessitant une prise en charge neuro-psychiatrique. Il indique que s'il a effectivement eu un doute quant à la relation de causalité entre l'accident et les troubles présentés, celui-ci a disparu après discussion avec le Dr D_____ (pièce 39 SUVA). Désormais, il qualifie cette causalité de certaine.

17. Contacté par téléphone le 25 juin 2003, le Dr I_____, nouveau médecin traitant, a informé la SUVA que l'assuré souffrait de troubles neurologiques aux membres supérieurs. Il a estimé que ceux-ci étaient en relation avec l'accident du 26 juin 2002.

18. Le Dr G_____, confrère neurologue auquel il a soumis le cas de l'assuré, lui a répondu en date du 3 juillet 2003 qu'il n'avait décelé aucun indice objectif de radiculopathie.

19. Le Dr H_____, rhumatologue également consulté par le Dr I_____, a fait état, dans un courrier du 25 juillet 2003, d'un handicap fonctionnel de l'épaule droite avec irradiation proximale au niveau du bras, malgré une IRM cervicale normale et l'absence d'élément plaidant pour une atteinte neurogène. Il a attesté que, cliniquement, le patient était relativement anxieux et qu'une atrophie assez importante du sous-épineux s'était développée. L'élévation n'était possible qu'à 140° (contre 170° à gauche), la rotation externe à 30° (contre 80° à gauche) et l'abduction omo-humérale à 80° (contre 110° à gauche). Il n'a pu mettre en évidence aucune atteinte neurologique des membres supérieurs ou de la colonne cervicale, totalement mobile et indolore. Les clichés ont révélé une capsulose rétractile importante. L'IRM a montré quant à elle les séquelles d'un petit

arrachement du trochiter avec un œdème persistant de voisinage, sans atteinte de l'articulation. Les tendons de la coiffe étaient intègres. D'après le médecin, les douleurs éprouvées sont secondaires à la capsulose (pièce 43 SUVA).

20. L'assuré a interjeté recours le 28 août 2003 auprès du Tribunal de céans. Il allègue souffrir de séquelles neurologiques consécutives à l'accident du 26 juin 2002 et invoque à l'appui de ses dires le certificat du 25 février 2003 du Dr D_____ et celui établi par son médecin traitant, le Dr B_____, le 8 mai 2003. Ce dernier y signale que l'assuré présente une persistance et même une aggravation des symptômes douloureux post-traumatiques, nécessitant une prise en charge neuro-psychiatrique. L'assuré conclut à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les suites de l'accident du 26 juin 2002.

21. Par courrier du 25 septembre 2003, l'assuré a complété son recours et produit un rapport établi par le Dr H_____, le 25 juillet 2003. Suite à une IRM cervicale et à un ENGM, ce praticien conclut à une ancienne fracture du trochiter de l'épaule droite et à une capsulose rétractile importante, entraînant un handicap fonctionnel.

22. Interrogé par la SUVA, le Dr H_____ a expliqué avoir examiné l'assuré pour la première fois le 14 juillet 2003. A la question de savoir si l'ancienne fracture pouvait clairement être imputée à l'accident de juin 2002, il a répondu qu' « au vu de l'historique, il <semblait> que le diagnostic de fracture du trochiter de l'épaule droite n'ait pas été faite tout de suite après l'accident et que cette fracture soit secondaire au traumatisme subi en juin 2002 ». S'agissant de la capsulose rétractile, le médecin a affirmé que celle-ci était certainement en relation avec l'accident. Interrogé sur le fait que cette capsulose ne soit apparue que plus tard, il a expliqué qu'il s'agissait d'un « phénomène pathologique qui s'installe très progressivement, souvent après un traumatisme. Le diagnostic n'a été fait que plus tard, ce qui est très classique pour ce genre d'atteinte ». Il s'est déclaré dans l'impossibilité d'évaluer avec précision l'incapacité de travail entraînée par la fracture puis la capsulose mais a émis l'hypothèse qu'une incapacité algofonctionnelle a pu être présente durant quatre mois et que, par la suite, sont intervenues les conséquences de la capsulose, qui ont certainement limité la capacité de travail de l'assuré. Théoriquement, chez un patient droitier, travaillant comme gestionnaire de projets, et au vu de l'élément algofonctionnel important persistant, il a attribué à l'assuré une incapacité de travail depuis le jour de l'accident et persistant encore. Il a toutefois précisé que la décompensation psychiatrique pouvait également intervenir en l'espèce (pièce 51 SUVA).

23. Dans son appréciation médicale du 26 novembre 2003, le Dr J_____, médecin de la SUVA, a relevé que la lésion d'une articulation doublée d'une fracture entraînait normalement immédiatement de fortes douleurs ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce. Il a indiqué que les radiographies évoquées par le Dr H_____ ne permettent pas de déterminer avec certitude à quand remontait la

fracture du trochiter droit et souligné que l'apparition d'une « frozen shoulder » n'avait rien d'inhabituel, en particulier en cas de ménagement de l'articulation par anxiété et de troubles psychiatriques prononcés (pièce 48 SUVA).

24. Dans son appréciation complémentaire du 9 décembre 2003, il a par ailleurs souligné qu'il n'avait jamais été question de blessure à l'épaule droite avant juillet 2003 et que le Dr H_____ n'avait pas traité l'assuré auparavant. A son avis, un lien de causalité entre l'accident de juin 2002 et les troubles de l'épaule droite ne peut être établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

25. A la demande des parties, par arrêt incident du 27 novembre 2003, le Tribunal de céans a suspendu la procédure, en invitant la SUVA à en demander la reprise après avoir examiné les nouveaux documents médicaux.

26. Par courrier du 11 mai 2004, l'intimée a répondu au recours et sollicité la reprise de l'instance. Elle conclut au rejet du recours.

    S'agissant des troubles vertébraux, elle se réfère à l'avis de son médecin-conseil, lequel a relevé, le 19 mars 2003, que l'assuré était porteur d'affections cervicales dégénératives révélées et que la chute du 27 juin 2002 n'a pas engendré de lésions osseuses. Elle relève par ailleurs que le Dr B_____, qui avait fixé la date de la reprise du travail le 12 août 2002, n'est revenu sur son appréciation qu'en considération de l'aspect psychique du cas. Enfin, elle se réfère à la jurisprudence selon laquelle un traumatisme vertébral sans lésion osseuse cesse en principe de produire ses effets après plusieurs mois. Elle en tire la conclusion que les troubles dont l'assuré continue à souffrir ne sont plus la conséquence de l'accident mais des altérations préexistantes de la colonne.

    L'autorité intimée relève par ailleurs l'absence de séquelles cérébrales ou neurologiques.

    Quant aux troubles de l'épaule, elle souligne que l'assuré ne s'en est plaint qu'à compter du mois de juillet 2003 et qu'une période de latence s'est écoulée depuis la première chute. Elle soutient que si la fracture du trochiter avait réellement été causée par l'accident de 2002, l'assuré aurait immédiatement présenté de fortes douleurs ainsi que des limitations fonctionnelles et n'aurait pas manqué de le signaler lors de sa première consultation médicale. Elle rappelle que, selon le Dr J_____, l'apparition spontanée d'une « frozen shoulder » n'a rien d'inhabituel, en particulier en cas de ménagement de l'articulation par anxiété et de troubles psychiatriques prononcés.

    Enfin, s'agissant des troubles psychologiques, elle s'étonne que le Dr D_____ paraisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident alors même que des troubles psychiatriques avec état dépressif sous-

jacents étrangers à l'accident étaient déjà signalés par le Dr B_____ dans son premier rapport.

27. L'assuré a répliqué le 3 juin 2004. Il soutient qu'il n'existe aucun indice permettant d'attribuer la cause de la fracture du trochiter à un autre événement que l'accident de 2002 et que suivre le raisonnement de l'autorité intimée reviendrait, ipso facto, à nier l'existence d'un lien de causalité chaque fois qu'une lésion est diagnostiquée tardivement. Il relève les contradictions existant entre les conclusions des experts de la SUVA et celles du Dr H_____ et demande que ce dernier soit interrogé une nouvelle fois afin d'éclaircir ces divergences. Il rappelle enfin que sa demande ne porte que sur le versement des indemnités journalières, à l'exclusion de toute revendication de rente.

28. Dans sa duplique du 2 juillet 2004, l'intimée a répété qu'elle ne partageait pas l'avis du Dr H_____ pour les raisons développées dans son mémoire réponse.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance accident du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits

(ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Quant à l'applicabilité des dispositions matérielles de la LPGA, cette question peut rester ouverte. En effet, la définition légale de l'accident contenue à l'art. 4 LPGA correspond à la notion de l'art. 6 LAA. La jurisprudence ainsi développée à son propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345, consid. 3.1, 3.2 et 3.3).

4. L'art. 106 LAA prévoit qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance-accidents. La décision litigieuse étant intervenue le 1er mai 2004, le recours, interjeté le 25 juin 2004, est dès lors recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 12 août 2002, c'est-à-dire plus particulièrement sur la subsistance d'un rapport de causalité entre les troubles dont il se plaint et l'accident du 26 juin 2002 après cette date.

   En l'espèce, plusieurs médecins se sont penchés sur le cas du recourant. D'après les conclusions finales du Dr C_____, l'accident de juin 2002 a engendré une contusion de la tête, de la colonne cervicale et du dos mais pas de lésion osseuse, ni d'hématome. L'assuré était toutefois porteur d'affections cervicales dégénératives. Au surplus, selon les pièces médicales au dossier, aucune séquelle cérébrale ou neurologique n'a été mise en évidence, malgré les investigations complémentaires faites par le Dr G_____, neurologue.

   Cependant, l'assuré invoque en premier lieu des troubles d'origine psychologique. A ce propos, son médecin psychiatre le Dr D_____ a fait état d'un trouble anxieux ainsi que d'un trouble dépressif. En second lieu, il se plaint de douleurs à l'épaule droite depuis juin 2003. A cet égard, le Dr H_____, rhumatologue, dans ses rapports du 25 juillet et 7 novembre 2003, a fait état d'une ancienne fracture du trochiter à l'origine d'une capsulose rétractile, dont il a jugé qu'elle avait été causée par l'accident du 26 juin 2002.

   Il s'agit donc de déterminer si les douleurs à l'épaule et les troubles psychologiques engagent la responsabilité de l'intimée.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu

d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

L'exigence de causalité est remplie 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, en revanche que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assurée, c'est à dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références)

La causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 que s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3,2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179 ; RAMA 2000 n U 363 p. 46 consid. 2).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient motivées (ATF 122 V consid. 1c p. 160 et les références). 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 sont contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 1222 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut ainsi accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis à la demande de l'assureur-accidents 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 ou de douter de l'objectivité des appréciations portées (ATFA non publié du 23 mai 2003 en la cause U 267/02 consid. 4.2).

7. En l'espèce, s'agissant des douleurs à l'épaule droite, le Dr J_____ a relevé que la lésion d'une articulation entraîne tout de suite de fortes douleurs et des limitations de la mobilité, ce qui n'a pas été le cas chez l'assuré. Le médecin a par ailleurs relevé que les clichés radiographiques du 25 juin et 15 juillet 2003 ne permettent pas de déterminer avec certitude à quand remonte l'ancienne fracture du trochiter. Enfin, il a souligné que l'apparition pathologique spontanée d'une « frozen shoulder » n'avait rien d'inhabituel, en particulier en cas de ménagement de l'articulation par anxiété et de troubles psychiatriques prononcés.

   Le Tribunal de céans constate que le rapport du Dr H_____ a été établi sur la base des seules explications du patient, que ce médecin n'a examiné l'assuré qu'en 2003, soit bien après l'accident, et qu'il n'a admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'épaule droite qu'au degré de la simple possibilité en invoquant le principe « post hoc ergo propter hoc », insuffisant pour établir un tel rapport de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante exigé dans le domaine de l'assurance accidents (ATF 119 V 341 342 consid. 2 b/aa).

   Au vu de ce qui précède le rapport de causalité naturelle entre les troubles de l'épaule droite et l'accident doit être nié, sans qu'il soit besoin d'examiner la causalité adéquate.

8. a) S'agissant des troubles psychiques, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a procédé à une classification des 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. 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 le cas d'un accident

grave, l'existence d'une relation adéquate doit en principe 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 : 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 ; 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. Seule la durée qui se rapporte aux atteintes somatiques résultant de l'accident assuré doit être prise en considération dans l'examen de la causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. 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 407 consid. 4.4. 1 et les références).

b) En l'occurrence, l'événement accidentel lui-même est tout au plus de gravité moyenne. La chute de l'assuré n'a été ni dramatique ni impressionnante ; il a d'ailleurs pu rentrer chez lui et n'a consulté un médecin que le lendemain. Par ailleurs, l'accident n'a engendré aucune lésion vertébrale ou cérébrale, ni séquelle neurologique, le traitement médical des céphalées et nausées n'a pas été particulièrement long et les lésions physiques subies ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

Force est dès lors de constater que selon la jurisprudence rappelée supra, le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit être nié.

9. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours sera donc rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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