

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3010/2018

ATAS/138/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 février 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à THYEZ, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1978, a travaillé en qualité d'installateur sanitaire pour l'entreprise B_____ SA dès le 1^{er} décembre 2003. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 13 avril 2011, l'assuré a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 14 avril 2011, il s'est blessé à l'épaule gauche en chutant sur un chantier.
3. Dans son rapport du 14 avril 2011, le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu, suite à un CT scanner de l'épaule gauche, à une réduction satisfaisant d'une luxation gléno-humérale, à une petite lésion de Hill-Sachs, à une petite lésion de Bankart osseux et à une fracture non déplacée de l'apophyse coracoïde.
4. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : une IRM) du genou droit effectuée le 9 juin 2011 par le docteur D_____, chef de clinique au service de radiologie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), a notamment mis en évidence une anomalie de signal de grade II à la jonction du corps et de la corne postérieure du ménisque interne à la limite d'une petite fissure intra méniscale.
5. Suite à un arthroscanner de l'épaule gauche effectué le 10 juin 2011, le Dr C_____ a relevé des signes d'instabilité de l'articulation sous forme d'un arrachement du labrum cartilagineux antéro-inférieur et d'un petit arrachement du bord inférieur de la glène, une lésion d'aspect séquellaire de type Hill-Sachs évocatrice d'une ancienne luxation de l'épaule.
6. Par rapport du 6 juillet 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une fracture-luxation gléno-humérale antéro-inférieure de l'épaule gauche et une fracture coracoïdienne gauche. Il a indiqué avoir été consulté par l'assuré le 13 avril 2011 suite à une chute de sa hauteur, avec réception sur le bras en extension. L'intéressé avait présenté des douleurs à l'épaule et au coude. Le traitement consistait en la prise d'antalgiques et le port d'un gilet orthopédique.
7. Dans un rapport du 12 juillet 2011, le docteur F_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que la fracture coracoïdienne était guérie, mais que l'assuré présentait une épaule gelée avec une limitation de l'élévation antérieure passive à 90°. Étaient relevées une amyotrophie de tout le membre supérieur avec des troubles cutanés pouvant s'apparenter à une algoneurodystrophie. Une infiltration guidée du nerf supra-scapulaire était envisagée afin de diminuer les douleurs et débloquer l'épaule.
8. Le 15 août 2011, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu une évaluation suite à un examen de l'assuré réalisé le jour même. L'intéressé, droitier, relatait des douleurs au niveau de l'épaule gauche, lesquelles avaient été partiellement soulagées suite à une

infiltration, ainsi que des cervicalgies avec une sensation d'inflammation jusqu'à la tête et d'irradiation tout le long du bras jusqu'au dernier doigt de la main droite. Il ressentait également des douleurs au niveau du genou droit, douleurs qui avaient commencé à le déranger environ une semaine après l'accident, mais il n'y avait pas prêté spécialement attention au début car l'épaule lui faisait beaucoup plus mal. Au status, le médecin d'arrondissement a constaté des signes patents de capsulite rétractile gauche avec une limitation des amplitudes actives et passives du bras et de l'épaule, en particulier de la rotation externe. Il a également relevé un syndrome cervical accompagnant des troubles sensitifs à topographie diffuse car l'assuré décrivait une hypoesthésie du bras, du dos et du flanc à gauche ne correspondant pas à une topographie tronculaire ou radiculaire précise. Ont également été relevés des signes cliniques et radiologiques de surcharge du compartiment interne du genou droit, sans épanchement ni laxité anormale. La capacité de travail demeurait nulle et un séjour de réadaptation à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) était préconisé, dès le décours de la phase inflammatoire.

9. Du 29 septembre au 28 octobre 2011, l'assuré a été hospitalisé à l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG. Selon la lettre de sortie du 28 octobre 2011, ont été retenus les diagnostics de probable capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule gauche en rémission, de status après une fracture-luxation gléno-humérale antéro-inférieure et une fracture coracoïdienne gauche, de lésion du labrum antéro-inférieur avec un petit arrachement du bord inférieur de la glène et une lésion de Hills Sachs de l'épaule gauche. Au status ostéoarticulaire, la flexion de l'épaule gauche était de 90° (contre 45° à l'entrée), l'abduction de 70° (50° à l'entrée), la rotation externe de 10° (-5° à l'entrée) et la rotation interne pouce-L4 (idem à l'entrée). L'assuré faisait état d'une hypoesthésie du membre supérieur gauche, de l'hémi-tronc gauche et de l'hémiface gauche. Une scintigraphie osseuse réalisée durant le séjour n'avait pas montré d'argument pour un syndrome douloureux régional complexe, ni pour une pseudarthrose, ni pour une lésion rachidienne.
10. Du 29 novembre au 20 décembre 2011, l'assuré a séjourné à la CRR. Selon le rapport du 17 janvier 2012, l'évolution était défavorable huit mois après un traumatisme avec le développement d'un syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche versus capsulite rétractile de l'épaule gauche. La poursuite d'un programme de physiothérapie intensif n'était en l'état pas préconisée au vu de son manque d'efficacité et du fait que les divers traitements médicamenteux s'étaient soldés par des échecs. La poursuite de la physiothérapie en ambulatoire était indiquée à but antalgique et visait à maintenir la capacité fonctionnelle actuelle. La situation n'était pas encore médicalement stabilisée et l'incapacité de travail demeurait complète jusqu'au prochain contrôle médical. Le consilium psychiatrique ne retenait pas de psychopathologie décompensée chez l'assuré, très focalisé sur sa symptomatologie douloureuse et qui ne semblait pas rassuré par les discours médicaux.

Selon le rapport annexé du 6 décembre 2011 du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin consultant à la CRR, l'assuré présentait une sévère raideur de l'épaule gauche et n'employait quasiment plus son membre supérieur gauche. Il se plaignait surtout de cervicobrachialgies, de douleurs occipitales avec des irradiations au niveau du globe oculaire gauche, de douleurs au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main gauche.

11. Dans un rapport du 15 mai 2012, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a signalé la suspicion clinique d'un syndrome douloureux régional complexe traité en « 12/2012 »,
12. Les 23 mars et 8 juin 2012, l'assuré a été reçu par un collaborateur de la SUVA. Il a notamment déclaré qu'il commençait à désespérer en l'absence d'évolution. Il avait mal et aucune force dans le membre supérieur gauche, ne parvenait pas à effectuer les gestes de la vie courante, ne pouvait pas conduire. Il présentait en outre toujours les mêmes problèmes au niveau du genou droit qu'il ne pouvait pas plier correctement. L'IRM réalisée après l'accident avait révélé une fissure du ménisque, mais les médecins lui avaient dit qu'il fallait d'abord soigner l'épaule avant d'envisager une opération du genou, sinon il serait doublement handicapé.
13. Le 5 septembre 2012, le docteur I_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG, a demandé au docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de discuter avec l'assuré d'une éventuelle prise en charge chirurgicale. Il a fait état d'un syndrome épaule-main persistant, précisant que malgré un traitement intensif de physiothérapie, un séjour à la CRR et des infiltrations itératives de Cortisone, aucune évolution objective n'avait été mise en évidence depuis environ six mois. Le traitement comprenait la prise de médicaments et des séances de physiothérapie.
14. Le 22 février 2013, l'assuré a été examiné par le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport établi le jour même, ce médecin a considéré que l'évolution était inhabituelle avec la persistance d'une limitation de la mobilité de l'épaule, malgré deux séjours dans des centres de rééducation. L'examen du membre supérieur avait notamment mis en exergue une diminution du périmètre du membre supérieur gauche de 2 cm au niveau du bras et de 1 cm au niveau de l'avant-bras.
15. Le 1^{er} octobre 2013, l'assuré a déclaré à un collaborateur de la SUVA que le Dr F_____ lui avait proposé une intervention délicate et peu pratiquée qui pourrait le soulager, sans garantie de réussite ou d'amélioration. L'assuré se posait beaucoup de question car tous les chirurgiens consultés lui avaient expliqué ne pas opérer d'épaule gelée. S'agissant des douleurs et des limitations aux niveaux du bras, des cervicales et du genou, la situation demeurait inchangée.
16. Par rapport du 2 octobre 2013, le Dr F_____ a relevé que les suites avaient été marquées par une épaule gelée et une algoneurodystrophie qui avaient résisté aux traitements conservateurs adaptés. Cliniquement, le médecin avait retrouvé une

sensibilité à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire. Le reste de son examen était impossible au vu des douleurs. Les mobilités passive et active étaient extrêmement limitées dans tous les plans. Le bilan radiologique obtenu auprès des HUG montrait des séquelles d'une luxation, une fracture du processus coracoïde qui avait consolidé et une arthropathie acromio-claviculaire. Un geste opératoire était légitime et souhaitable.

17. Le 18 octobre 2013, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle accepterait de prendre en charge l'intervention proposée par le Dr F_____, s'il décidait de s'y soumettre.
18. En date du 3 décembre 2013, l'assuré a expliqué à la SUVA avoir renoncé à l'opération en raison de l'absence de garantie d'amélioration, du risque d'infection, des nombreux médicaments qu'il devrait ensuite prendre, du délai d'attente de six mois avant de pouvoir constater un éventuel petit bienfait de l'intervention et la possible perte supplémentaire en mobilité.
19. Le 22 janvier 2014, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son rapport rédigé le lendemain, elle a indiqué avoir noté diverses incohérences, sans les préciser.
20. Du 11 mars au 2 avril 2014, l'assuré a effectué un nouveau séjour à la CRR. Selon le rapport du 22 avril 2014, ont été retenus, à titre de diagnostic principal, des thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs chroniques de l'épaule et du membre supérieur gauche. À titre de diagnostics supplémentaires, ont été mentionnés une capsulite rétractile de l'épaule gauche, ainsi qu'un syndrome épaule main dans les suites et une chute le 3 avril 2011 (recte 13 avril 2011) avec une fracture-luxation gléno-humérale antéro-inférieure de l'épaule gauche avec une lésion de Bankart osseuse et une fracture coracoïdienne gauche, réduite en urgence et traitée conservativement. Un trouble anxieux et dépressif mixte, un reflux gastro-œsophagien anamnestique et une obésité de stade I ont en outre été signalés en tant que comorbidités. À l'entrée, les plaintes et les limitations fonctionnelles consistaient en des douleurs de la main gauche en regard des 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} rayons de type brûlures, chaleur et paresthésies, survenant surtout à la flexion du coude, le réveillant parfois la nuit. Il y avait toujours des douleurs à toute mobilisation de l'épaule gauche. Aucun traitement n'avait modifié la symptomatologie, mais à l'essai d'un arrêt de la physiothérapie, les douleurs avaient augmenté. Selon l'appréciation du cas, les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et des facteurs contextuels chez un patient présentant un trouble anxieux et dépressif, en incapacité de travail depuis trois ans, jouaient un rôle important. La participation du patient aux thérapies avait été considérée comme moyenne car il était à tel point centré sur la douleur qu'il était difficile de mettre sur pied un programme de rééducation. En outre, des incohérences avaient été relevées, soit des discordances entre les limitations fonctionnelles décrites et l'importance des lésions, une variabilité des amplitudes articulaires lors des différents examens.

Les restrictions provisoires consistaient en un travail avec les bras au-dessus du plan des épaules, le port de charges moyennes à lourdes. La situation n'était pas complètement stabilisée et l'assuré serait convoqué à la consultation d'antalgie. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable chez un patient centré sur les douleurs et excluant son membre supérieur gauche. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, le pronostic était limité par les facteurs contextuels, étant rappelé l'éloignement du monde professionnel depuis trois ans.

Étaient notamment joints à ce rapport les documents suivants :

- un rapport relatif à des radiographies de l'épaule gauche effectuées le 13 mars 2014, lesquelles n'ont pas révélé d'anomalie ;
- un rapport suite à un électroneuromyogramme réalisé le 17 mars 2014 ; l'examen électro clinique relevait des douleurs localisées à la partie ulnaire sur le dos de la main selon les positionnements ; l'examen neurologique détaillé révélait une nette diminution de l'activité volontaire du bras gauche, cependant sans signe de parésie et les réflexes étaient normaux ; une légère hyperalgésie des doigts 4 et 5 distaux étaient retrouvée, sans signe de Tinel ou de Phalen ; les neurographies sensitivomotrices relevaient comme l'examen du mois de décembre 2011, un très léger ralentissement moteur du nerf ulnaire gauche au coude, sans signe d'atteinte axonale à l'électromyogramme ; l'assuré pourrait alors avoir de légères dysparesthésies dans la main gauche selon les positions du bras, mais le tableau clinique dépassait largement l'étiologie retrouvée à l'électroneuromyogramme ; une approche conservatrice était préconisée ;
- un rapport relatif à la consultation orthopédique du 17 mars 2014 ; le Dr H_____ a conclu que l'assuré présentait un sévère enraidissement malgré les multiples séances de physiothérapie ; au vu de « l'évolution catastrophique », ce médecin proposait « d'être quelque peu agressif » et si l'assuré ne notait aucune amélioration pendant son séjour, de proposer une arthrolyse sous arthroscopie ; il faudrait bien expliquer au patient qu'un tel geste chirurgical ne pouvait pas permettre de garantir une récupération fonctionnelle, mais vu la mobilité quasiment nulle, « on ne risquait pas grand-chose... » ;
- un rapport relatif à une scintigraphie osseuse réalisée le 18 mars 2014, laquelle a mis en évidence une hypoactivité au temps tissulaire et osseux du membre supérieur gauche à rapporter en premier lieu à l'exclusion antalgique ; il n'y avait pas d'argument scintigraphique parlant pour une algoneurodystrophie en phase active du membre supérieur gauche ;
- un rapport d'ergothérapie mentionnant que le programme d'imagerie motrice avait été mis en place sans succès, l'assuré s'étant montré peu investi ; les thérapies actives avaient été un échec car l'assuré ne mobilisait pas son membre supérieur gauche ;

- un rapport de physiothérapie relatant qu'il avait été difficile de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle car l'assuré était très centré sur ses douleurs ; la poursuite ambulatoire à visée d'intégration du membre supérieur gauche dans les activités de la vie quotidienne était proposée ;
- un rapport suite à la consultation de l'assuré au centre de traitement de la douleur le 30 mars 2014 ; il en ressort la description de brûlures, de démangeaisons et de décharges électriques ne correspondait pas à un territoire nerveux précis ; seule la thérapie avec la chaleur et le Frango étaient efficaces pour calmer la douleur ; aucune mobilisation n'était observée au niveau du membre supérieur gauche ; la mobilisation du coude, du poignet et des doigts de la main était ample et non douloureuse ; la palpation de la musculature était indolore, le patient disait ressentir une hypoesthésie globale depuis la jonction cervico-occipitale jusqu'à la région supra-scapulaire gauche, avec une limite au niveau de la ligne médiane et en avant, jusqu'à la région supra-claviculaire ; il existait une discordance entre la symptomatologie et l'examen physique, hormis la problématique de type mécanique de l'articulation de l'épaule gauche ; la plainte douloureuse ne suivait pas un schéma métamérique et l'hypoesthésie globale du membre supérieur gauche n'avait pas d'explication neurologique ;
- un rapport à l'issue d'un consilium psychiatrique mentionnant que l'assuré avait été suivi sur le plan psychologique durant son séjour, sans réel bénéfice sur son humeur ou son anxiété ; son état psychique semblait aggravé depuis l'examen de décembre 2011 ; la thymie était globalement abaissée, il retenait ses larmes, signalait un sentiment de tension intérieure permanente, des épisodes d'irritabilité, des perturbations du sommeil et de l'appétit ; il se sentait assez abattu et découragé, avait tendance à s'isoler, se sentait insécure et déstabilisé par la situation actuelle.

Le rapport relatif à une arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 20 mars 2014 est cité parmi les pièces annexées, mais ne figure pas au dossier produit.

21. Les 22 mai et 2 juin 2014, l'assuré a été reçu à la consultation ambulatoire du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG. Selon le rapport y relatif du 5 juin 2014, la mobilité de l'épaule était de 50° en abduction, de 20° en rotation externe et complète en rotation interne. Une algodystrophie chronique n'était pas exclue en raison d'une diminution de la coloration de la peau et de la pilosité du membre supérieur gauche ; un traitement d'épreuve à la Prednisone était préconisé et, en cas d'effet bénéfique de ce traitement, un suivi spécialisé en rhumatologie serait souhaitable. Dans un deuxième temps, un changement d'antidépresseur à but antalgique devrait être essayé. En parallèle, plusieurs mesures non-médicamenteuses aidaient à diminuer la douleur, dont l'utilisation d'un TENS, la chaleur et la physiothérapie. Il était donc suggéré de les poursuivre et même de les intensifier, ainsi que de recourir à des techniques de relaxation afin de permettre à l'assuré de se décentrer de la douleur. En outre, la mobilisation maximale du membre supérieur gauche était préconisée. Il avait été

proposé à l'assuré de se fixer des objectifs clairs et réalistes, avec une activité durant quelques minutes, à augmenter progressivement. Par la suite, la participation au groupe de thérapie cognitivo-comportementale pourrait l'aider. Finalement, l'assuré présentait une dysthymie avec un possible trouble de l'adaptation, pour laquelle un suivi spécialisé pourrait être bénéfique.

22. Le 3 août 2014, la doctoresse M_____, cheffe de clinique à l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique des HUG, a retenu le diagnostic de suspicion de syndrome douloureux régional complexe.
23. En date du 9 octobre 2014, le Dresse L_____ a rendu un rapport suite à l'examen final de l'assuré le 8 octobre 2014. Elle a considéré que la situation était stabilisée à défaut d'une intervention. L'examen clinique était relativement semblable à celui de la CRR, de sorte que l'exigibilité et les restrictions admises correspondaient à celles retenues à la CRR, étant rappelé que le rapport de cet établissement signalait que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. S'agissant du traitement, la prise en charge du suivi au centre de la douleur jusqu'à fin février 2015 étaient préconisées, ainsi que celle des antalgiques et des anti-inflammatoires à doses modérées, et celle des contrôles médicaux deux fois par année si nécessaire. En revanche, la physiothérapie n'avait pas montré d'amélioration fonctionnelle, de sorte qu'il fallait l'interrompre progressivement, de même que le TENS, également inefficace. Le traitement psychiatrique n'était pas à la charge de la SUVA.
24. Dans une appréciation du 9 octobre 2014, la Dresse L_____ a considéré que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à 17.5%, le cas de l'assuré étant légèrement plus marqué qu'une mobilité jusqu'à l'horizontale, étant rappelé qu'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale était équivalente à 15%.
25. Le 28 novembre 2014, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis la prise en charge de deux contrôles par année, de certains médicaments et du suivi au centre de la douleur jusqu'à fin février 2015, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Il appartenait à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail et le versement des indemnités journalières prendrait fin le 31 mars 2015, date à laquelle elle statuerait sur son droit à une rente.
26. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a pris en charge les frais d'une orientation professionnelle auprès de l'ORIF, centre d'intégration et de formation, devant se dérouler du 19 janvier au 17 avril 2015.
27. Dans un rapport du 27 février 2015, la Dresse M_____ a diagnostiqué une capsulite rétractile et un syndrome douloureux régional complexe de l'épaule gauche, ainsi qu'un trouble anxieux et dépressif mixte. L'assuré faisait état de migraines et d'une augmentation des douleurs aux niveaux du bras, des cervicales

et des lombaires depuis qu'il avait débuté une activité adaptée, soit un travail à l'ordinateur.

28. Dans un certificat du 16 mars 2015, la doctoresse N_____, psychiatre en France, a attesté d'une totale incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.
29. Par courrier du 19 mars 2015, l'assuré a fait part à la SUVA de limitations physiques et de difficultés de concentration dans le cadre de son stage au centre ORIF. Il estimait que les objectifs fixés par le médecin d'arrondissement ne correspondaient pas à la réalité de son état.
30. Le 13 avril 2015, la Dresse L_____ a maintenu que l'assuré montrait une exclusion fonctionnelle de son membre supérieur gauche qui n'avait pas d'origine claire. Dès lors qu'il refusait une nouvelle opération, il fallait clore le dossier. Il n'y avait aucun argument médical justifiant une modification de son appréciation antérieure.
31. En date du 19 juin 2015, les docteurs O_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) ont rendu un rapport suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique.

Les examinateurs ont retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions durables sur la capacité de travail, d'une part, des cervicobrachialgies chroniques dans le cadre d'une fracture-luxation gléno-humérale et d'une fracture du coracoïde gauche le 13 avril 2011, d'une lésion du labrum, d'un petit arrachement du bord inférieur de la glène (lésion de Bankart) et d'une lésion de Hill-Sachs de l'épaule gauche traités conservativement, d'une probable capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule gauche en rémission et, d'autre part, de légère neuropathie motrice du nerf cubital au coude gauche. Sans effets sur la capacité de travail, ont été signalés des lombalgies communes non déficitaires, des gonalgies, un trouble anxieux sans précision et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

À l'examen clinique, l'assuré sous-utilisait son membre supérieur gauche. Le périmètre du bras gauche était légèrement diminué par rapport au côté collatéral, mais la masse musculaire demeurait bonne, avec une légère amyotrophie du sus-épineux. Les amplitudes articulaires étaient diminuées dans tous les axes au niveau de l'épaule gauche. En passif, les contrepulsions exercées par l'assuré empêchaient d'évaluer les amplitudes articulaires maximales. Le testing des muscles de la coiffe des rotateurs n'était pas réalisable à gauche. Il n'y avait pas de signes inflammatoires, pas de discoloration cutanée, pas de troubles trophiques. Au niveau du rachis, la mobilité cervicale était conservée. Au niveau lombaire, il y avait une légère diminution de la flexion et de l'inclinaison latérale gauche. Les signes et les symptômes de non-organicité de Waddell étaient de 3 sur 5. Lors de l'évaluation de la force, l'assuré opposait une faible résistance au niveau de l'épaule gauche dans tous les axes. Il y avait une diminution diffuse de la sensibilité tactile sur le membre

supérieur gauche épargnant la face postérieure et le premier rayon de la main, des troubles de la sensibilité algique non reproductibles et une conservation de la sensibilité vibratoire. L'examineur a notamment relevé que la diminution de la force au membre supérieur gauche contrastait avec des masses musculaires encore bien présentes et les contrepulsions exercées par l'assuré lors de la mobilisation passive de l'épaule indiquaient que la force était conservée. Ces contrepulsions ne permettaient pas la mobilité passive, mais une rotation passive de l'épaule gauche à 40° montrait que la capsulite rétractile s'était résolue en grande partie. Par ailleurs, il y avait une amélioration par rapport à l'examen du Dr G_____, au cours duquel la rotation externe n'atteignait pas 0°. Aucun élément clinique n'évoquait une algoneurodystrophie active et la scintigraphie osseuse du 18 mars 2014 avait également pu exclure un algodystrophie en phase active. Les lésions objectivées sur l'épaule gauche, la lésion de Hill-Sachs, la lésion de Bankart, la déchirure partielle du tendon du sus-épineux justifiaient des limitations fonctionnelles concernant les ports de charges et les activités en hauteur. Ces restrictions étaient celles relevées à la CRR et ne permettaient pas à l'assuré d'exercer sa profession d'installateur sanitaire. La légère atteinte du nerf cubital du coude gauche impliquait d'éviter les postures prolongées le coude fléchi ou les appuis prolongés sur la face postéro-interne du coude. Les lombalgies ne justifiaient pas de limitations fonctionnelles car l'examen clinique était rassurant, il n'y avait pas de douleurs inflammatoires ni neuropathiques et la flexion lombaire n'était que légèrement diminuée. Concernant les douleurs du genou droit, l'examen était normal et il n'y avait pas de restrictions à retenir. Les lésions séquellaires de l'épaule gauche n'expliquaient pas l'importance des autolimitations de l'assuré, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée dès la fin du dernier séjour à la CRR. Toutefois les autolimitations, les discordances relevées à l'examen clinique et l'importance des douleurs allégées représentaient des facteurs défavorables pour la reprise d'une activité professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, un trouble anxieux était objectivé lors de l'examen, sans caractère incapacitant. En effet, l'assuré déclarait que les douleurs, passé un certain seuil, le rendaient irritable et nerveux. Aucun diagnostic plus spécifique ne pouvait être retenu, en particulier pas d'anxiété généralisée en l'absence d'attente craintive et de tension motrice continue. De même, il n'y avait pas de signes en faveur de l'existence de crises d'anxiété aiguë. Par ailleurs, l'examen n'avait pas objectivé de pathologie du registre dépressif. En effet, les trois critères majeurs de la dépression étaient absents, de même que tous les symptômes du syndrome somatique de la dépression. En présence de symptômes physiques initialement dus à une maladie physique, mais amplifiés et entretenus par l'état psychique du patient, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques avait été retenu, étant précisé que ce diagnostic ne faisait en aucun cas référence à une exagération délibérée de la part de l'assuré, mais bien à un ressenti des douleurs supérieur à ce que laisserait prévoir la lésion organique sous-jacente. Ce diagnostic imposait la discussion des critères de sévérité : il n'y avait

pas de comorbidité psychiatrique manifeste, pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et on ne pouvait pas affirmer que l'état psychique de l'assuré était cristallisé. L'affection n'était donc pas incapacitante et ne relevait pas de l'assurance-invalidité.

En conclusion, les limitations fonctionnelles en lien avec l'épaule gauche comprenaient le port de charges supérieures à 10 kg et les activités au-dessus du pli des épaules. S'agissant du nerf cubital gauche, les restrictions impliquaient la flexion prolongée du coude, l'appui prolongé sur la face antéro-interne du coude et les mouvements répétitifs de flexion-extension du coude. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. La capacité de travail était donc entière depuis le 3 avril 2014 dans une activité adaptée.

32. L'OAI a accordé à l'assuré une orientation professionnelle auprès de l'entreprise sociale privée PRO, prévue du 19 octobre 2015 au 17 janvier 2016.
33. Le 20 novembre 2015, un collaborateur de l'OAI s'est entretenu téléphoniquement avec le gestionnaire de la SUVA en charge du dossier de l'assuré. Il ressort de la note interne de la SUVA y relative, établie le jour même, que la situation était catastrophique car l'état de santé de l'assuré avait empiré et l'intéressé ne pouvait rien faire. Il avait les deux mains et les deux bras enflés, rouges et enflammés. Il compensait beaucoup avec le bras droit et commençait à avoir des problèmes aussi de ce côté. Il existait en outre également une aggravation au niveau des cervicales avec la présence d'un kyste. L'assuré, volontaire, avait fait tous les efforts possibles et souhaitait se former, mais il n'y arrivait pas et son rendement était nul. Selon les observateurs au cours du stage, il n'avait aucune chance de réintégrer le circuit économique normal. Seul un atelier protégé serait envisageable. L'assuré ne voulait pas percevoir de rente et tenait à travailler.
34. Dans un courriel envoyé le 23 décembre 2015 à un collaborateur de l'OAI, un conseiller en évaluation de PRO a dressé un compte-rendu intermédiaire des observations faites durant la mesure de réadaptation. Le nombre de tâches confiées à l'assuré avait été réduit en raison des limitations et de l'état de santé de l'intéressé. Parmi les activités de production, seules étaient possibles les tâches mono-manuelles avec un établi à disposition. Le rendement était très bas car un seul bras était utilisable, et encore car ce dernier était blessé. Les inflammations atteignaient les mains et entravaient l'habileté, et les gestes n'étaient pas précis et entraînaient la chute d'objets. S'agissant des aptitudes intellectuelles, l'assuré faisait preuve de méthode et exécutait correctement les tâches qui lui étaient confiées. Cependant, son niveau de français écrit était faible, sa capacité de concentration limitée par les douleurs et la fatigue, et de nombreuses erreurs d'inattention et des oublis avaient été relevés. Concernant les limitations physiques, la capacité à exercer durablement une seule et même activité était extrêmement limitée car seule la main droite pouvait être sollicitée. Cette dernière était toutefois également douloureuse à force de compenser le côté gauche. L'activité devait être

interrompue après 10 à 15 minutes à cause des douleurs et des inflammations, jusqu'aux tempes et qui provoquaient des vertiges et des maux de tête. Un nouveau traitement pour un kyste découvert sur l'arrière du crâne le fatiguait beaucoup. Les déplacements étaient très lents, avec un boitement, des gestes ralentis, une position statique assise limitée à maximum 5 minutes. L'assuré devait ainsi alterner en permanence les positions et passait la moitié de son service environ en position allongée de repos. Aucun port de charges n'avait été possible et la capacité à collecter ou déplacer de façon autonome les pièces intervenant dans l'activité exercée était quasi nulle. L'état de santé de l'assuré s'étant dégradé, il avait été décidé de réduire son taux d'activité de 100% à 50% dès le 20 novembre 2015. Le 4 décembre 2015, suite à des examens médicaux qui avaient montré une importante inflammation du côté droit, l'assuré avait été en incapacité totale de travail. S'agissant de l'état d'esprit de l'assuré, ce dernier manquait de logique et était souvent incohérent et en complet décalage avec la réalité. Il était dans le déni, n'acceptait pas sa situation et répétait à plusieurs reprises qu'il n'avait pas d'autre choix que de travailler pour nourrir sa famille et payer ses dettes. Il était régulièrement en pleurs et ne se rendait pas compte que ses projets professionnels, par exemple occuper un poste au service travaux d'une régie immobilière, n'étaient ni réalistes ni réalisables en raison de ses atteintes à la santé. L'aggravation récente de l'état de santé confirmait la grande difficulté de l'intéressé à tenir son poste, même dans un environnement protégé. L'entreprise PRO recommandait que l'assuré puisse bénéficier d'une nouvelle évaluation de ses limitations et d'un accompagnement soutenant (médical, psychologique, social et financier) pour qu'il puisse améliorer sa situation.

35. Le 9 mai 2016, la SUVA a demandé au docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, s'il acceptait de réaliser une expertise orthopédique de l'assuré, précisant brièvement les circonstances de l'accident, une partie des diagnostics posés et la présence de « nombreuses incongruences » et « discrédances entre les constatations objectives et les séquelles ».
36. Par courrier du 19 juillet 2016, la SUVA a informé l'assuré de son intention de confier une expertise au Dr Q_____. Un délai était accordé à l'assuré pour prendre position sur la nécessité de l'expertise proprement dite, sur l'expert proposé et sur les questions posées. Était joint le questionnaire destiné à l'expert avec un état de fait proposé reprenant les mentions d'incongruences et de discrédances.
37. Le 20 juillet 2016, l'OAI a rendu un projet de décision aux termes duquel l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2012 au 31 mars 2015, soit trois mois après le début des indemnités journalières versées dans le cadre des mesures professionnelles. Au terme des mesures de réadaptation, la capacité de travail de l'assuré était à nouveau nulle, de sorte que la rente entière lui était à nouveau versée dès le 1^{er} mai 2016.

38. Dans un courrier du 29 juillet 2016, l'assuré a communiqué à la SUVA les conclusions de l'OAI et contesté la nécessité de mettre en œuvre une expertise. En tout état de cause, il s'opposait à la désignation du Dr Q_____, dont la valeur probante des rapports avait été remise en cause. En outre, il ressortait du dossier de la SUVA que cette dernière avait déjà pris contact avec ce médecin en lui exposant une vision partielle et partielle de la situation. L'assuré a également relevé que le questionnaire soumis ne se limitait pas à un simple recueil de questions, mais qu'il contenait une version orientée et partielle des faits, ce qui n'était à l'évidence pas admissible.
39. Le 8 novembre 2016, le Dr G_____ a estimé qu'il était « probable » que les « troubles maladie » influencent la capacité de travail de l'assuré.
40. Par courriel du 14 novembre 2016, la SUVA a informé l'assuré de la position du Dr G_____, de sorte qu'elle ne pouvait pas se baser sur la position de l'OAI et maintenait la nécessité de réaliser une expertise. Concernant les griefs invoqués à l'encontre du Dr Q_____, ce dernier ne procéderait qu'à la supervision de l'expertise, laquelle serait réalisée par un autre médecin.
41. Le 15 novembre 2016, l'assuré a répondu à la SUVA que ses troubles à la santé résultaient d'un accident et justifiaient une pleine incapacité de travail, de sorte qu'une nouvelle expertise n'avait aucun sens et n'allait que retarder la prise de position, alors que sa situation était des plus précaires. En outre, il s'opposait à la désignation du Dr Q_____ et estimait qu'il était inconcevable de mandater comme expert un médecin qui ne procéderait pas lui-même à l'expertise.
42. Les 24 novembre et 7 décembre 2016, la SUVA a adressé à d'autres médecins un courriel identique à celui envoyé au Dr Q_____ le 9 mai 2016. L'un deux a transmis cette demande au docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
43. Par décision du 12 janvier 2017, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger a octroyé à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} mai 2012, sous déduction des indemnités journalières versées. Il a repris la motivation exposée dans le projet de décision de l'OAI du 20 juillet 2016.
44. Dans un avis du 16 janvier 2017, le Dr G_____ a considéré que les comorbidités, notamment les douleurs cervicales et lombaires, influençaient le tableau clinique actuel rapporté par le SMR et devaient être prises en considération dans les mesures de reclassement professionnel à prévoir. Les séquelles de l'atteinte de l'épaule imputable à l'accident jouaient cependant probablement un rôle prépondérant dans l'atteinte invalidante nécessitant un reclassement professionnel vers une activité.
45. Dans une appréciation du 7 mars 2017, le docteur T_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a repris les conclusions du 9 octobre 2014 de la Dresse L_____ relatives à l'exigibilité, aux restrictions et à la prise en charge du traitement, ainsi que celles du 16 janvier 2017 du Dr G_____.

46. Le 28 mars 2017, le docteur U_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a informé la SUVA qu'une IRM cervicale et de l'épaule effectuée le 1^{er} février 2017 mettaient en exergue une arthrose acromio-claviculaire avec une minime composante inflammatoire. Au status clinique, la mobilité demeurait fortement diminuée avec une élévation antérieure active à 60°, une abduction à 60°, une rotation interne pouce-L3 et une rotation externe à 10° (contre 70° à droite). Il a également fait état d'une limitation de la mobilité du rachis cervical à l'inclinaison et à la rotation gauche et noté une dyskinésie des omoplates à prédominance gauche. Au vu d'une composante musculaire à la limitation fonctionnelle, la reprise de la physiothérapie était préconisée.
47. Par courrier du 11 avril 2017, la SUVA a proposé à l'assuré de mandater le Dr R_____ afin de réaliser l'expertise. Par gain de paix, elle proposait d'enlever la phrase relative aux « incongruences », le reste du document demeurant identique.
48. Le 26 avril 2017, l'assuré a soutenu que l'avis du Dr T_____ ne permettait pas de remettre en cause le fait que son incapacité de travail résultait de l'accident de 2011. Dès lors, aucun élément ne justifiait que la SUVA s'écarte des conclusions de l'assurance-invalidité, de sorte qu'il était inutile et dilatoire de le soumettre à une nouvelle expertise. Pour le surplus, il ne s'opposait pas à la désignation du Dr R_____, mais sollicitait plusieurs modifications du questionnaire qui lui serait éventuellement soumis, notamment le paragraphe intitulé « Problématiques », qui faisait état de « discrédances ».
49. Le 27 avril 2017, la SUVA a répondu à l'assuré qu'elle acceptait de modifier le contenu du paragraphe « Problématiques ».
50. En date du 23 mai 2017, l'assuré a relevé, à la lecture de la mission d'expertise envoyée le 18 mai 2017 au Dr R_____, que le paragraphe « Problématiques » avait certes été supprimé, mais que son contenu avait été repris et inséré dans les « Faits ».
51. Le 24 mai 2017, la SUVA a admis qu'une erreur s'était produite et a indiqué qu'un questionnaire rectifié serait adressé à l'expert, ce qu'elle a fait le 26 mai 2017.
52. En date du 28 juillet 2017, le Dr R_____ a rendu son rapport d'expertise, basé sur les déclarations de l'assuré, l'examen clinique réalisé le 20 juin 2017 et les documents en sa possession.

Il a retenu les diagnostics de cervicobrachialgies gauches atypiques avec une raideur de l'épaule et une sous-utilisation du membre supérieur gauche, ainsi que des gonalgies internes du genou droit.

Après avoir présenté des anamnèses orthopédique et traumatologique, socio-professionnelle et médico-chirurgicale, l'expert a relaté les plaintes de l'assuré, lesquelles comprenaient des cervicobrachialgies gauches, avec une irradiation, une légère hypoesthésie et des paresthésies sur le territoire du nerf ulnaire, une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, ainsi que des gonalgies droites

présentes à la marche au bout de 15 minutes et en position assise prolongée ou en position la jambe tendue prolongée.

Concernant les constatations objectives au niveau des membres supérieurs, l'expert a observé que l'assuré tenait en permanence le bras gauche collé au corps, qu'il avait des difficultés pour les gestes de déshabillage et d'habillage car son membre supérieur gauche était totalement épargné, qu'il avait de la terre sous les ongles des deux mains et que la trophicité générale des membres supérieurs était excellente et symétrique. Quant aux épaules, l'expert a constaté une diminution très prononcée de la mobilisation active et passive en antéimpulsion, abduction et rotation interne du côté gauche, accompagnée d'une hypoesthésie sur le territoire du nerf ulnaire avec une perte de force globale à l'examen de la coiffe.

L'expert a ensuite résumé les examens complémentaires à sa disposition, soit l'IRM du genou droit du 9 juin 2011, la scintigraphie osseuse du 5 octobre 2011, la radiographie de l'épaule gauche du 13 mars 2014, la scintigraphie osseuse du 18 mars 2014, l'arthro-IRM de l'épaule du 20 mars 2014 et l'IRM du rachis cervical du 31 août 2015. Dans son appréciation du cas, le spécialiste a exposé que l'assuré présentait une raideur avec des co-contractions musculaires et n'utilisait par son membre supérieur gauche en raison des douleurs. Le bilan radiologique n'avait pas permis de mettre en évidence un substrat anatomique à l'origine des symptômes. Le traitement conservateur par physiothérapie et plusieurs infiltrations gléno-humérales et du nerf supra-scapulaire n'avaient pas permis d'améliorer la situation. Il pourrait être judicieux de proposer à l'assuré un bloc nerveux supra-claviculaire accompagné d'une mobilisation active assistée en physiothérapie durant un séjour hospitalier et d'évaluer les gonalgies par une nouvelle IRM, mais elles n'étaient « a priori sans rapport avec le traumatisme initial ». Une activité sans port de charges ou mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale était théoriquement envisageable même si, dans la pratique, le caractère chronique des symptômes « péjore ».

Répondant aux questions de la SUVA relatives à l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes constatées et l'événement accidentel, l'expert a indiqué que les cervicobrachialgies avaient été causées au degré de la vraisemblance prépondérante par l'événement du 13 avril 2011, ajoutant ensuite la mention « Aucun ». Les atteintes à la santé constatées ne reposaient pas, audit degré de la vraisemblance, sur un substrat organique. Sur la base des éléments du dossier et de l'examen clinique, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche ne pouvait pas être confirmé. Il existait une certaine discrédance entre la non-utilisation du membre supérieur gauche et la présence d'une trophicité musculaire excellente. En outre, l'assuré s'était présenté avec de la terre sous les ongles des deux mains, expliquant avoir fait du jardinage le jour même. Il y avait peu de chance d'amélioration avec une chirurgie ou une physiothérapie et les traitements n'étaient pas nécessaires à la conservation ou à l'amélioration de la capacité résiduelle de gain, ni au maintien de l'état de santé. Une évaluation avec le

stimulateur de conduite à la CRR était recommandée. Au regard des séquelles de l'accident, la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une activité ne nécessitant pas le membre supérieur gauche au-dessus des épaules et le port de charges moyennes à lourdes, la montée sur des échelles, avec un rendement de 80%. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité était évaluée à 15% selon l'annexe 3 de l'OLAA.

53. Par courrier du 27 septembre 2017, l'assuré a dénié toute valeur probante au rapport d'expertise. Il a contesté avoir eu de la terre sous les ongles et avoir déclaré qu'il aurait jardiné. Il lui était en effet totalement impossible de s'occuper de son jardin, lequel était entretenu par son beau-père. En outre, l'expert n'avait pris en compte qu'une infime partie des documents médicaux, en particulier ceux émanant de la SUVA et de la CRR. L'anamnèse médicale se limitait à deux pages alors qu'il était suivi par de nombreux médecins depuis son accident survenu il y a sept ans. Les rapports cités l'étaient de façon incomplète, l'expert n'ayant à titre d'exemple pas mentionné la petite fissure intra-méniscale et la lésion cartilagineuse du condyle fémoral interne ressortant du rapport d'IRM du genou droit du 9 juin 2011. Le Dr R_____ avait admis qu'il y avait lieu de compléter l'évaluation par des examens complémentaires du genou, de sorte que ses conclusions constituaient de pures hypothèses. Les réponses de l'expert étaient en outre contradictoires, notamment quant à la question des atteintes à la santé causées par l'accident. Il était aberrant de conclure que les troubles étaient sans substrat organique alors qu'ils étaient étayés par les rapports et les résultats d'examens au dossier. Enfin, les conclusions quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité différaient de celles du médecin d'arrondissement, sans la moindre explication.

L'assuré a communiqué à la SUVA :

- un rapport du 31 juillet 2017 de la doctoresse V_____, médecin-chef de clinique aux HUG, laquelle a diagnostiqué des séquelles d'un traumatisme le 13 avril 2011, avec une fracture coracoïdienne gauche, une luxation gléno-humérale antéro-inférieure gauche, une neuropathie légère du nerf cubital au niveau du coude gauche, une capsulite rétractile post-traumatique, des cervicobrachialgies gauches, ainsi qu'un macro-adénome hypophysaire sécrétant de la prolactine ; trois niveaux de la douleur avaient été définis : des fourmillements au niveau des 5^{ème} et 4^{ème} doigts de la main gauche jusqu'au coude, position dépendant (l'assuré gardait une attelle la nuit pour l'extension du coude gauche depuis des années), au niveau de l'épaule gauche, notamment sur une limitation articulaire douloureuse et dans la région cervicale postéro-latérale gauche avec une irradiation en région temporale et rétro-orbitale gauche, douleur qualifiée d'inflammatoire et soulagée par la chaleur (l'assuré pratiquait quotidiennement du Fango), atteignant 10 sur 10 sur l'échelle d'évaluation de la douleur avec une fréquence, une durée et des facteurs déclenchants non définissables ; à l'examen clinique, étaient constatés un trophisme musculaire légèrement réduit d'une façon homogène au niveau

proximal, une limitation antalgique à la mobilisation active et passive ; au niveau du plexus brachial gauche, on ne retrouvait pas de signe d'atteinte clinique radiculaire-tronculaire/cordonnaux/ramo-terminaux ; cependant, des bilans neurophysiologiques avaient été réalisés à la CRR, documents qui n'étaient pas en possession de la Dresse V_____ ; il convenait de vérifier si les conditions étaient réunies pour un syndrome douloureux régional complexe et une capsulite rétractile ; cas échéant, un suivi au centre de la douleur serait souhaitable ; concernant le nerf cubital gauche, on ne retrouvait qu'un signe de Tinel positif sans atteinte clinique, moteur ou sensitif ; un électroencéphalogramme pourrait permettre de faire le point ; concernant les céphalées, une composante tensionnelle en lien avec le macro-adénome hypophysaire ne pouvait être exclue ;

- un rapport du 22 septembre 2017 du Dr U_____, lequel a notamment contesté que l'assuré pourrait travailler avec un rendement de 80% avec les bras en bas, car la douleur semblait influencer négativement la possibilité d'une reprise de travail, étant rappelé que de telles tentatives avaient dû être interrompues, même s'il s'agissait d'une activité adaptée ; les limitations fonctionnelles étaient stables depuis au moins le 1^{er} décembre 2016 et se traduisaient par une limitation de l'amplitude articulaire de l'épaule gauche avec une élévation antérieure active à 40°, une abduction à 40°, une rotation interne pouce-sacrum et une rotation externe à 20° ; la situation n'avait pas évolué et le pronostic parlait en défaveur d'une évolution favorable ; en raison de l'apparition de fourmillements au niveau des 5^{ème} et 4^{ème} doigts de la main gauche jusqu'au coude, une consultation en neurologie avait été réalisée ; elle concluait à un signe de Tinel positif du nerf cubital gauche sans autre atteinte clinique moteur ou sensitive.
54. En date du 29 novembre 2017, la SUVA a écrit à l'assuré qu'elle souhaitait poser des questions complémentaires à l'expert et lui a octroyé un délai pour prendre position sur le questionnaire.
55. Par courrier du 8 décembre 2017, l'assuré s'est opposé au complément d'expertise, dès lors qu'il contestait toute valeur probante au rapport du Dr R_____.
56. Le 16 janvier 2018, la SUVA a envoyé son questionnaire à l'expert.
57. Dans son complément d'expertise du 6 février 2018, le Dr R_____ a précisé que la symptomatologie initiale était clairement liée à l'événement du 13 avril 2011, mais qu'il n'existait pas de substrat organique permettant d'expliquer la symptomatologie actuelle. Il n'avait pas d'explication à la persistance des symptômes. Malgré tout, il n'existait pas non plus d'autre cause expliquant les douleurs. Il paraissait clair que l'assuré ne souffrirait pas de son épaule s'il n'avait pas eu l'accident assuré. En conclusion, la causalité de la symptomatologie initiale était clairement le sinistre de 2011 et il n'avait pas d'explication quant à la prolongation de cette symptomatologie. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de

15% était liée à la perte de fonction constatée au membre supérieur gauche. Bien que l'expert n'ait pas d'explication quant à l'état actuel de l'assuré, il ne pouvait que constater ses limitations fonctionnelles. Il avait retenu une baisse de rendement de 20% car l'assuré ne pouvait absolument pas utiliser son épaule. Il n'y avait pas de substrat organique à la symptomatologie ni d'autre cause aux symptômes, notamment pas d'atteinte dégénérative. La symptomatologie était peut-être aggravée en raison d'une mauvaise réponse centrale à la douleur. L'origine des amplitudes limitées par des co-contractions musculaires n'était pas claire.

58. Le 13 mars 2018, l'assuré a derechef contesté toute valeur probante au rapport d'expertise, relevant cependant que le complément confirmait que les troubles résultaient de l'accident et qu'il ne pouvait absolument pas utiliser son épaule. Pour le reste, le Dr R_____ n'avait pas pris en considération les rapports produits le 27 septembre 2017 et il était aberrant d'expliquer qu'une personne qui ne pouvait pas utiliser son épaule avait uniquement une perte de rendement de 20%.
59. Par décision du 30 mai 2018, la SUVA a mis un terme au paiement des frais de traitement au 3 juin 2018 et maintenu la fin des indemnités journalières au 31 mars 2015, motif pris que les troubles dont se plaignait l'assuré ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique, de sorte qu'il convenait d'examiner le lien de causalité adéquate. Après vérification des critères déterminants, un tel lien n'était pas établi, ce qui expliquait la fin des prestations au 3 juin 2018 et la fin des indemnités journalières au 31 mars 2015. En l'absence de séquelles ayant un lien de causalité adéquat avec l'accident, la SUVA ne pouvait pas non plus allouer à l'assuré de prestations en espèces supplémentaires sous la forme d'une rente ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par simplification, elle renonçait toutefois à demander la restitution de ladite indemnité versée le 28 avril 2015.
60. Le 27 juin 2018, l'assuré, par l'intermédiaire d'un conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% et la prise en charge des frais de traitement au-delà du 3 juin 2018, rappelant qu'une rente entière lui avait été allouée par l'OAI. En substance, l'assuré a fait valoir une violation de son droit d'être entendu, contesté toute valeur probante à l'expertise du Dr R_____ et reproché à la SUVA de ne pas avoir mis sur pied une expertise psychiatrique.
61. Par décision sur opposition du 5 juillet 2018, la SUVA a confirmé sa décision du 30 mai 2018 et rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a considéré que le rapport d'expertise du Dr R_____ était clair et convaincant, et que d'autres démarches n'étaient pas nécessaires. Le rapport du Dr U_____ se fondait sur les douleurs et les limitations fonctionnelles relatées par l'assuré, ainsi que sur les constatations faites lors des mesures mises sur pied par l'OAI. Or, les données médicales l'emportaient sur les constatations qui pouvaient être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle qui étaient susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré. En outre, l'assuré avait été victime d'un accident banal et de peu de gravité, raison pour laquelle la causalité

adéquate pouvait être d'emblée niée. Cela étant, même en considérant qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne, la causalité adéquate devrait être refusée dans la mesure où aucun des critères jurisprudentiels n'était rempli.

62. Par acte du 5 septembre 2018, l'assuré, par le biais de son mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée. Le recourant a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit confiée à des spécialistes neutres et indépendants afin de se prononcer sur son état de santé. Principalement, il a conclu à l'annulation des décisions des 30 mai et 5 juillet 2018, à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} avril 2015, que l'intimée devait continuer à prendre en charge tous les frais médicaux en lien avec l'accident au-delà du 3 juin 2018 et qu'il devait être mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et à ce que la cause soit renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation des décisions des 30 mai et 5 juillet 2018, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, et à ce qu'une expertise médicale confiée à des spécialistes neutres et indépendants choisis par consensus soit ordonnée.

Le recourant a fait grief à l'intimée de ne pas l'avoir informé de ses contacts préalables avec l'expert. Cette attitude était d'autant plus déloyale que l'intimée lui avait communiqué une vision partielle et partielle du dossier en faisant état de « nombreuses incongruences » et de « discrédances entre les constatations objectives et les séquelles ». Ces éléments étaient de nature à faire préjuger l'expert du dossier avant même de le recevoir. En outre, l'intimée avait communiqué le nom du recourant, ce qui n'était pas pertinent puisqu'il s'agissait uniquement de vérifier la disponibilité de l'expert. Le Dr R_____ aurait manifestement dû être récusé car prévenu, de sorte que son rapport n'était pas probant.

Sur le fond, le recourant a soutenu que l'anamnèse de l'expertise était incomplète, l'intimée n'ayant même pas pris la peine d'actualiser son dossier en demandant les derniers documents de l'assurance-invalidité. En outre, le Dr R_____ avait repris de façon lacunaire les éléments médicaux. Par exemple, toutes les constatations de l'IRM du 9 juin 2011 n'avaient pas été citées et l'arthrolyse proposée par l'orthopédiste de la CRR et le Dr F_____ n'avait pas été mentionnée. En outre, l'expert avait prétendu qu'il n'y avait pas eu d'algoneurodystrophie, alors qu'il avait été traité pour cette problématique, comme cela ressortait notamment des rapports des 17 janvier 2012 et 2 octobre 2013. Les conclusions du Dr R_____ n'étaient pas motivées, notamment s'agissant de l'atteinte au genou, et contradictoires puisqu'il avait mentionné que les brachialgies avaient vraisemblablement été causées par l'accident puis avait indiqué qu'aucune atteinte n'était en lien avec l'accident. Il était aberrant de conclure que les troubles étaient sans substrat organique alors qu'ils étaient étayés par les rapports et les résultats d'examen au dossier. En effet, il ressortait notamment du rapport du 31 juillet 2017 que la Dresse V_____ avait constaté un trophisme musculaire

réduit du membre supérieur gauche, ainsi que la présence d'un Tinel. Contrairement aux allégations de l'intimée, l'échec des différentes mesures de l'assurance-invalidité reposaient sur des éléments objectifs. Les observateurs avaient clairement relevé sa motivation et son engagement, et une aggravation de son état de santé avait été causée par les mesures. L'intimée et l'expert n'avaient fait aucune référence au rapport du Dr U_____, lequel mentionnait que l'IRM du 1^{er} février 2017 avait démontré une arthrose acromio-claviculaire avec une composante inflammatoire. Dans ces conditions, le rapport d'expertise n'avait aucune valeur probante. Concernant le complément, le recourant a relevé que les rapports produits à l'appui de sa correspondance du 27 septembre 2017 n'avaient pas été communiqués à l'expert. Cette nouvelle appréciation reposait donc également sur une anamnèse lacunaire et les nouvelles conclusions n'étaient pas motivées.

La gravité de ses atteintes et leur lien de causalité avec l'accident avaient été admis par l'intimée qui avait versé des indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2015 et qui avait pris en charge les frais de traitements et l'avait envoyé à deux reprises à la CRR. Compte tenu des séquelles, toujours présentes, une arthrolyse lui avait été proposée, intervention que l'intimée était prête à payer. Celle-ci avait reconnu qu'à défaut de garantie, il ne pouvait être exigé de lui qu'il se fasse opérer. En outre, les troubles du genou, bien que liés à l'accident, n'avaient pas été pris en considération. Il était médicalement établi que ses troubles ne s'étaient pas amendés à ce jour et l'intimée n'avait pas rendu vraisemblable un quelconque fait interruptif de causalité. Rien ne justifiait de s'écarter des conclusions de l'OAI. Enfin, l'intimée n'avait jamais investigué le volet psychique alors qu'elle prétendait désormais que les atteintes étaient sans substrat anatomique.

Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant a fait valoir que son état de santé n'avait pas été instruit dans son intégralité. Il a considéré qu'il avait droit à une telle indemnité à un degré supérieur que le taux de 17.5% fixé par la Dresse L_____ en 2014.

Quant au traitement médical, il n'existait aucun motif de mettre fin à la prise en charge au 3 juin 2018.

Le recourant a notamment produit :

- un rapport du centre ORIF du 1^{er} avril 2015 ; il en ressort qu'il s'était montré volontaire tout au long de la mesure, avait fait preuve d'une motivation certaine et avait parfaitement collaboré ; il avait exprimé ses craintes et l'importance pour lui de réintégrer l'économie afin de retrouver de la dignité aux yeux de ses enfants ; il ne se servait jamais de son bras gauche, qu'il disait ne pas pouvoir lever et l'utilisation de sa main gauche occasionnait de fortes douleurs de l'avant-bras jusqu'aux cervicales, et le fait de se servir uniquement du bras droit entraînait des inflammations au niveau de l'épaule ; il ne supportait pas la position assise ou debout plus de 30 minutes en raison des douleurs cervicales

qui entraînaient d'importantes migraines et des vertiges ; ces douleurs et le lourd traitement médical engendraient selon l'intéressé une incapacité à se concentrer ; il se déclarait très fatigué et le rythme de la mesure était trop soutenu ; en conclusion, les limitations fonctionnelles montrées par le recourant tout au long de la mesure ne correspondaient pas à celles énoncées dans le rapport de réadaptation ; il avait été convenu d'abandonner les objectifs initiaux et d'accompagner le recourant pour effectuer les démarches nécessaires lui permettant d'éclaircir sa situation médicale ;

- un rapport d'évaluation du 23 mars 2016 de l'entreprise PRO ; le recourant avait été absent 17 jours sur les 56 jours ouvrables de la mesure ; les limitations constatées étaient très invalidantes : de façon générale, les gestes n'étaient pas précis, le travail fin très limité, les activités en force impossibles, tout comme le port de charges et le serrage et les déplacements très lents et saccadés ; la main gauche était constamment placée dans la poche car, selon le recourant, c'était le seul moyen pour stabiliser et protéger son bras accidenté ; du fait de cette position très instable et douloureuse, tous les mouvements étaient ralentis et aucune endurance n'était possible ; la position de travail assise était limitée à 5 minutes sinon les douleurs s'intensifiaient et aucun port de charges n'était possible ; le rendement était très bas et s'expliquait avant tout par les limitations et par l'absence de tonus, l'incapacité du recourant à suivre le rythme de travail de l'atelier et la nécessité de s'allonger plusieurs fois par jour pour atténuer les douleurs ; très persévérant, le recourant s'était accroché et dépassait ses limites même si c'était au détriment de sa santé : à titre d'exemple, il s'était présenté au travail alors qu'il était sous certificat médical et avait dû être renvoyé chez lui ; une grande fragilité émotionnelle et une humeur perpétuellement basse et triste avaient été observées ; il n'acceptait pas ses limitations et sa situation, était si déterminé qu'il prenait des risques importants pour sa santé et sa sécurité ; en conclusion, l'état de santé n'était pas stabilisé et s'était plutôt aggravé ; à ce stade, aucune orientation professionnelle n'était possible ; les évaluations effectuées durant la mesure montraient que la distance entre les capacités du recourant et les exigences du marché premier était extrêmement importante ; compte tenu des limitations et de l'état d'épuisement constaté à plusieurs reprises, une activité dans l'économie était fortement compromise ; suite à plusieurs arrêts maladie, le taux d'activité avait été réduit de 100% à 50% puis à 25%, puis l'aggravation de la situation dans les dernières semaines avaient conduit à un arrêt de travail à 100% ; cette situation confirmait l'incapacité du recourant à occuper un poste de façon durable, même dans un environnement protégé ; sur le plan personnel, l'instabilité de l'humeur et la grande fatigabilité émotionnelle remarquées chez le recourant posaient également la question de l'existence et de la suffisance d'un soutien psycho-médical.

63. Dans sa réponse du 29 octobre 2018, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, à ce que le recourant soit débouté de toutes ses conclusions. S'agissant des reproches

quant à l'impartialité du Dr R_____, le recours à un expert indépendant s'expliquait précisément par le besoin d'élucider des faits. On ne saurait donc lui reprocher d'avoir mentionné de manière introductive la présence de discrédances entre les constatations objectives et les séquelles. Il n'y avait rien d'anormal non plus à indiquer le nom du recourant. En aucun cas ces éléments n'étaient de nature à fonder une demande de récusation, étant encore relevé que le Dr R_____ avait signé une déclaration d'indépendance, d'impartialité et d'objectivité. Concernant le questionnaire complémentaire, le recourant, assisté d'un conseil, aurait pu poser ses propres questions, mais il s'était limité à contester la valeur probante de l'expertise. Les critiques formulées à l'encontre du rapport d'expertise n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de ce document, de sorte qu'une seconde expertise n'était pas justifiée. S'agissant de la position de l'OAI, l'intimée a relevé que ce dernier avait initialement reconnu une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que le SMR avait retenu, dans ses examens rhumatologique et psychiatrique des 26 mai et 8 juin 2015, des discordances entre les lésions objectivées à l'épaule et au coude, et les plaintes du recourant, de même qu'aucune limitation fonctionnelle pour les douleurs du genou et les lombalgies. L'OAI n'était revenu sur cette conclusion qu'à la suite des limitations relatées par le recourant et des observations faites lors des mesures. C'était donc à juste titre que l'intimée avait suivi, concernant les troubles organiques objectivables, les conclusions du Dr R_____, dont l'appréciation ne différait guère des conclusions de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR. Il y avait lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur la jurisprudence relative aux troubles du développement psychique, selon laquelle l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident de gravité insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques pouvait en règle générale être d'emblée niée. Le recourant avait chuté de sa hauteur, de sorte que l'accident était incontestablement de peu de gravité. Attendu qu'il n'existait plus d'atteinte organique objectivable et faute de causalité adéquate, elle était fondée à refuser les prestations d'assurances dès le 4 juin 2018 pour les frais de traitement, respectivement dès le 1^{er} avril 2015 concernant les indemnités journalières. Enfin, le recourant ne produisait aucun document déterminant son droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'intimée a notamment produit ;

- un avis du 6 avril 2016 du docteur W_____, médecin auprès du SMR, lequel a rappelé que l'examen rhumatologique et psychologique, sollicité suite à l'échec de la mesure ORIF, avait conclu à une capacité de travail de 100% ; depuis lors, l'OAI avait mis en place une mesure d'orientation professionnelle auprès de PRO qui avait relevé une capacité de travail inexploitable ; les deux mesures n'avaient pas permis de dégager de projet professionnel ; seule une activité en atelier protégé était à ce stade exigible ;
- le rapport final de l'OAI dont il ressort que, conformément aux observations successives réalisées auprès des centres, le recourant n'avait pas d'activité

exigible dans le marché primaire ; le SMR confirmait que la capacité de travail était nulle dans toute activité ; l'octroi d'une rente était proposé.

64. En date du 20 novembre 2018, le recourant a répliqué et maintenu ses conclusions. Il a notamment relevé que l'anamnèse médicale de l'expert se limitait à deux pages et ne faisait pas mention du dossier de l'OAI et de nombreux rapports médicaux. Il était manifeste que l'intimée avait relevé des contradictions dans les conclusions du Dr R_____, ainsi que le caractère incomplet et non motivé du rapport. Compte tenu du fait que le rapport du 28 juillet 2017 n'avait aucune valeur probante, il était infondé et totalement insuffisant de vouloir poser des questions complémentaires à l'expert. Il avait relevé dans son courrier du 8 décembre 2017 que sa missive du 27 septembre 2017 et ses annexes n'avaient pas été prises en compte dans le complément proposé. Or, l'intimée n'avait en rien modifié ses questions et n'avait même pas soumis les pièces susmentionnées à l'expert, alors qu'elles étaient pourtant en contradiction avec son appréciation. Concernant l'impartialité de l'expert, il n'avait pas été informé des prises de contact de l'intimée avec des médecins et du fait qu'elle leur exposait sa vision du dossier. La déclaration d'indépendance émanant de l'intimée avait été signée par l'expert deux mois après l'examen et postérieurement à la reddition du rapport d'expertise. Le rapport du SMR du 19 juin 2015 différait des conclusions du Dr R_____, notamment s'agissant des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail. Le SMR avait modifié ses conclusions car cela se justifiait sur le plan médical. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle devrait être fixée à l'issue de l'expertise judiciaire. Enfin, la position de l'intimée était contradictoire puisqu'elle prétendait arrêter les frais de traitement au 4 juin 2018. Ainsi, les indemnités journalières n'auraient pas dû être interrompues au 1^{er} avril 2015 car l'état de santé n'était pas stabilisé.
65. Par duplique du 11 décembre 2018, l'intimée a intégralement persisté. Elle a relevé que le Dr R_____ avait indiqué dans son introduction que ses conclusions et constatations étaient notamment basées sur les documents des dossiers asséurologiques et radiologiques à disposition. Il n'était pas dit en quoi le rapport d'expertise serait insuffisant ou inutilisable du fait que certains documents auxquels il était pourtant fait référence de manière globale ne seraient pas repris ou de manière insuffisante selon le recourant. Cas échéant, la chambre de céans était libre d'interpeler le Dr R_____ pour déterminer le choix de ses mises en évidence dans l'anamnèse. Dans tous les cas, on ne saurait, sur les seules critiques émises, conclure à l'inutilisabilité de l'expertise. Concernant les frais de traitement versés au-delà de l'arrêt des indemnités journalières, il se pouvait que l'état d'un assuré, même non guéri, soit considéré comme stabilisé faute d'amélioration possible. Dans ce cas, l'assureur-accidents continuait à prester, par exemple pour des traitements antidouleurs ou conservateurs, alors que la stabilisation de l'état de santé pouvait faire l'objet d'une décision en matière d'arrêt des indemnités journalières et sur l'éventuel droit à une rente.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

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

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident 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. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 38 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 3 LPA-GE). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE).

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours du 5 septembre 2018 contre la décision du 5 juillet 2018, est recevable.

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement des frais de traitement au 3 juin 2018 et à celui des indemnités journalières au 31 mars 2015, et à considérer que le recourant ne peut prétendre ni à une rente ni une indemnité pour atteinte à l'intégrité, motifs pris que ses troubles ne peuvent pas s'expliquer d'un point de vue organique et ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 13 avril 2011.
6. Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier, le recourant soutient que l'intimée a violé ses droits de procédure lors de la mise en œuvre de l'expertise. Il soutient en effet que le Dr R_____ aurait dû être récusé car les informations qui lui ont été communiquées par l'intimée étaient de nature à remettre en cause son impartialité

7. Conformément à l'art. 36 al. 1 LPGA, les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues.

En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 1.2).

Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 et 30 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et 6 par. 1 de la Convention européenne des droits de l'homme, les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont toutefois pas décisives.

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1).

Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c et ATF 125 II 541 consid. 4). Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indécise quant à la constatation

des faits et à la résolution des questions juridiques (ATF 116 Ia 135 consid. 3b et ATF 126 I 168 consid. 2a).

8. En l'espèce, aucun élément du dossier ne permet de mettre en doute l'impartialité du Dr R_____. Il sera notamment relevé que ce médecin a rencontré le recourant pour la première fois dans le cadre de son mandat d'expertise et qu'il ne s'est pas du tout prononcé sur la situation de l'intéressé avant de rendre son rapport.

Le fait que le courriel de l'intimée transmis à l'expert, de même que la première mission envoyée le 18 mai 2017, faisaient référence à des « discrédances » et à des « incongruences » ne constitue pas en soi un motif pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert. En effet, rien ne permet d'admettre que ce dernier aurait été enclin à projeter dans son appréciation l'opinion de l'intimée, à supposer encore que l'emploi des termes précités puisse être considéré comme le point de vue de l'intimée, ce qui est discutable dès lors que des pièces du dossier font état de discordances (cf. rapport de la CRR du 22 avril 2014 et ses annexes, rapport du SMR du 19 juin 2015).

Les craintes que le recourant exprime au sujet de l'impartialité de l'expert ne justifient pas à elles seules la récusation du Dr R_____ en vertu de motifs légaux (art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA), son appréciation ne reposant en définitive que sur sa méfiance et non sur des éléments objectifs.

Enfin, les reproches du recourant s'agissant des contacts préalables entre l'intimée et l'expert ne sont pas fondés, l'intimée devant s'assurer que le médecin proposé soit bien disposé à accepter le mandat avant d'octroyer à l'assuré un délai pour faire valoir d'éventuelles causes de récusation. Quant à la divulgation à l'expert du nom de l'expertisé, elle est nécessaire puisque cette information est indispensable au médecin pour qu'il puisse se déterminer sur l'existence d'un motif de récusation.

9. Dans ces conditions, les griefs de nature formelle du recourant se révèlent infondés.
10. Il convient à présent d'examiner si les atteintes à la santé du recourant sont en rapport de causalité avec l'accident du 13 avril 2011.
11. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; 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).

-
12. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 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.

13. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).
14. Les notions de syndrome douloureux régional complexe, algodystrophie ou maladie de Suedeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes

peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêt du Tribunal fédéral 8C_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.1 et 4.2).

15. 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). On ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (SVR 2012 UV n° 5 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23

consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

16. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 52 ; 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

17. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en

raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

18. 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).

-
19. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

20. En l'occurrence, l'intimée considère que les atteintes à la santé dont souffre le recourant ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 13 avril 2011. Elle se fonde sur les rapports d'expertise du Dr R_____, lequel a notamment retenu qu'il n'existait pas de substrat organique à la symptomatologie actuelle.
21. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du 28 juillet 2017 ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

En effet, ce document ne se fonde pas sur un dossier médical complet, étant en particulier relevé que l'expert ne fait référence à aucun rapport postérieur à la consultation de la Dresse L_____ du 8 octobre 2014, hormis une IRM du rachis cervical du 31 août 2015. Il ne semble ainsi pas avoir été en possession des rapports de la Dresse M_____ du 27 février 2015 (ni d'ailleurs de celui du 3 août 2014 qui n'est pas cité), des Drs O_____ et P_____ du 19 juin 2015, et du Dr U_____ du 28 mars 2017). Ces documents revêtent toutefois une importance certaine dès lors que la Dresse M_____ a retenu dans son second rapport le

diagnostic de capsulite rétractile et de syndrome douloureux régional complexe, que les médecins du SMR ont procédé à des examens approfondis sur demande de l'OAI, et que le Dr U_____ a indiqué que l'IRM de l'épaule effectuée le 1^{er} février 2017 avait révélé une arthrose acromio-claviculaire avec une composante inflammatoire, ce que le Dr R_____ paraît ignorer.

De plus, si l'expert a relevé, à l'anamnèse socio-professionnelle, l'échec des mesures professionnelles mises en œuvre par l'OAI « au vu du peu de mobilité » de l'épaule et du caractère « irréaliste » du projet de réinsertion professionnelle du recourant, aucune mention n'est cependant faite s'agissant des symptômes apparus lors des mesures et des périodes d'incapacité de travail qui se sont ensuivies. Il est rappelé à ce propos que les stages effectués par le recourant se sont soldés par des échecs, en dépit de sa bonne volonté et de sa parfaite collaboration (cf. rapports du centre d'ORIF du 1^{er} avril 2015 et de PRO du 23 mars 2016). Il a notamment été observé que le travail réalisé dans le respect des limitations fonctionnelles énoncées par les médecins du SMR n'était pas possible, même dans un environnement protégé. L'état de santé du recourant s'était en effet aggravé durant la mesure auprès de PRO, avec notamment une inflammation des deux mains et des deux bras, et il avait finalement été en arrêt de travail (cf. note de l'intimée relative à l'entretien téléphonique du 20 novembre 2015, rapport d'évaluation du 23 mars 2016). Face à ces constatations, l'OAI s'est écarté des conclusions de l'examen du SMR et a retenu que le recourant ne disposait d'aucune capacité de travail résiduelle, sans requérir un complément d'instruction médicale. C'est dire qu'il a considéré que les conclusions de l'entreprise PRO se basaient sur des éléments objectifs et n'étaient pas influencées par le comportement subjectif du recourant.

S'agissant des plaintes du recourant, ce dernier a signalé à l'expert une incapacité à utiliser son membre supérieur gauche et le Dr R_____ a constaté que ce membre était en permanence collé au corps. Toutefois, sans aucune explication, il a retenu une incapacité totale de travail pour les activités « au-dessus de l'horizontale », sans expliquer pourquoi il considérait que le recourant pouvait mobiliser son membre jusqu'à cette hauteur. Étant à nouveau rappelé les conclusions faites à l'occasion des stages d'observation professionnelle, l'appréciation de l'expert, dénuée de toute motivation, n'est pas convaincante.

Concernant les diagnostics, l'expert a retenu, en lien avec les plaintes au niveau du membre supérieur gauche, des cervicobrachialgies gauches atypiques avec une raideur de l'épaule et une sous-utilisation du membre supérieur gauche. Il n'a pas expliqué si la raideur de l'articulation correspondait à une épaule gelée, à une capsulite rétractile, ou à un syndrome épaule-main, troubles attestés par plusieurs pièces du dossier (cf. rapport du Dr F_____ du 12 juillet 2011, du Dr G_____ du 15 août 2011, des HUG du 28 octobre 2011, de la CRR des 17 janvier 2012 et 22 avril 2014), et a écarté sans aucune argumentation le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, pourtant évoqué, voir

retenu, par différents médecins (cf. rapports du Dr F_____ des 12 juillet 2011 et 2 octobre 2013, du Dr H_____ du 15 mai 2012, de la CRR du 17 janvier 2012, des HUG du 5 juin 2014, de la Dresse M_____ des 3 août 2014 et 27 février 2015). Enfin, comme déjà mentionné, l'expert n'a, selon toute vraisemblance, pas eu connaissance des investigations complémentaires réalisées le 1^{er} février 2017 et de la mise en exergue d'une arthrose acromioclaviculaire avec une minime composante inflammatoire (cf. rapport du Dr U_____ du 28 mars 2017), de sorte qu'il n'a pas fait état de cette lésion. Ses conclusions quant à l'état de santé actuel du recourant ne sont donc pas convaincantes. On relèvera encore que la réponse du Dr R_____ concernant le rapport de causalité entre les atteintes à la santé constatées et l'accident du 13 avril 2011 est incompréhensible, si bien que l'intimée a dû lui adresser un questionnaire complémentaire. Enfin, le Dr R_____ ne retient aucune atteinte au coude gauche, alors qu'une légère neuropathie motrice du nerf cubital au coude gauche a été diagnostiquée avant et après son examen (cf. rapport du SRM du 19 juin 2015 et rapport de la Dresse V_____ du 31 juillet 2017), de sorte que son rapport est également incomplet sur ce point.

Au niveau du membre inférieur droit, l'expert a diagnostiqué des gonalgies internes droites « a priori sans rapport avec le traumatisme initial » sans le moindre développement. Ses conclusions, dénuées de toute motivation, sont d'autant plus critiquables que l'expert a suggéré la réalisation d'une IRM pour évaluer ces gonalgies, ce qui signifie qu'il estimait lui-même que les informations en sa possession étaient insuffisantes. La chambre de céans relèvera encore que l'intimée ne semble avoir sollicité aucun rapport médical concernant les troubles au niveau du genou droit, alors qu'une petite fissure méniscale a notamment été constatée à l'IRM du 9 juin 2011 et que le recourant lui a indiqué à plusieurs reprises qu'il souffrait de cette articulation depuis l'accident, mais que les investigations et les traitements portaient en priorité sur ses troubles au niveau du membre supérieur gauche, lesquels étaient beaucoup plus invalidants (cf. rapport du Dr G_____ du 15 août 2011, notes de l'intimée relatives aux entretiens des 23 mars et 8 juin 2012, 1^{er} octobre 2013). En l'absence de tout examen d'imagerie depuis l'IRM du 9 juin 2011, il n'est pas possible de se déterminer sur les troubles présentés par le recourant au niveau de cette articulation.

22. Concernant le complément d'expertise, il ne permet pas de pallier aux nombreuses lacunes du rapport du 28 juillet 2017.

En effet, le dossier soumis à l'expert n'a pas été complété et les derniers rapports produits par le recourant (rapports de la Dresse V_____ du 31 juillet 2017 et du Dr U_____ du 22 septembre 2017) ne lui ont pas été transmis, de sorte que ses conclusions ne résultent pas non plus d'une connaissance approfondie du dossier et sont également basées sur une anamnèse incomplète.

On relèvera au surplus que le Dr R_____ a admis un lien de causalité entre la symptomatologie initiale et l'événement du 13 avril 2011, et a estimé que le

recourant « ne souffrirait pas de son épaule s'il n'avait pas eu d'accident en 2011 », qu' « il n'existe pas d'autre cause expliquant les douleurs », en particulier pas d'atteinte dégénérative. Il a retenu que le recourant ne pouvait « absolument » pas utiliser son épaule et souffrait d'importantes douleurs « qui ont commencé au moment de son accident ». Il n'a cependant pas expliqué les raisons pour lesquelles les séquelles constatées ne seraient plus en rapport de causalité avec le sinistre et n'a pas pris position sur le statu quo ante vel sine.

En outre, l'appréciation de l'expert quant à la question de savoir si les atteintes à la santé reposent sur un « substrat organique » ne saurait être confirmée. En effet, le Dr R_____ a mentionné que l'arthro-IRM du 20 mars 2014, dont le rapport ne figure pas au dossier, avait mis en exergue un amincissement de l'ensemble des tendons de la coiffe des rotateurs. De plus, l'expert n'a pas été informé des résultats de l'IRM du 1^{er} février 2017, qui ont révélé une arthrose acromio-claviculaire et une minime composante inflammatoire. Ces éléments viennent ainsi clairement contredire ses conclusions quant à l'absence de lésions objectivables. C'est encore le lieu de rappeler que les examinateurs du SMR ont justifié les limitations fonctionnelles concernant le port de charge et les activités en hauteur par les lésions objectivées sur l'épaule gauche (rapport du 19 juin 2015). En outre, l'argumentation du Dr R_____ ne prend pas en considération les particularités du syndrome douloureux régional complexe.

23. À cet égard, il sied de relever que la scintigraphie montre, de façon inconstante, une hyperfixation, laquelle peut cependant être absente pour certaines localisations, comme l'épaule, et que l'algodystrophie peut se présenter de multiple façons : phase froide d'emblée ou phase purement chaude, ou alternance de phase froide et de phase chaude. Il convient donc de se référer aux critères diagnostiques pour le syndrome douloureux régional complexe (critères selon Bruehl), lesquels sont les suivants : 1) la présence d'une douleur continue disproportionnée par rapport l'événement initial ; 2) la présence d'au minimum un symptôme présent dans chacune des 4 catégories énumérées ci-dessous : somatosensorielle (hypersensibilité), vasomotrice (température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique), sudomotrice/œdème (sudation asymétrique, œdème), motrice/trophique (raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles) ; 3) au minimum un signe d'examen clinique dans deux de ces catégories : somatosensorielle (allodynie, hyperalgésie), vasomotrice (température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique), sudomotrice/œdème (sudation asymétrique, œdème), motrice/trophique (diminution de la mobilité articulaire, dystonie, tremor, faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles). En dehors de la recherche clinique, il est possible de se référer aux critères dits « de Budapest », moins restrictifs, dès lors que le deuxième critère exige uniquement la présence d'au minimum un symptôme présent dans 3 des 4 catégories. À noter la présence d'un critère supplémentaire, 4) aucun autre

diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes (http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module13/2010/M13_Item_221_Algoneurodystrophie.pdf).

Dans le cas d'espèce, le Dr R_____ s'est contenté de déclarer qu'il ne pouvait pas confirmer le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, retenu par plusieurs médecins (rapports du Dr H_____ du 15 mai 2012, du Dr F_____ du 2 octobre 2013, de la Dresse M_____ du 27 février 2015), sur la base des « éléments du dossier » et de son examen. Or, il sied de rappeler que les résultats des scintigraphies ne sont pas décisifs et que plusieurs pièces du dossier font état de la présence de symptômes typiques de cette atteinte, notamment une hypersensibilité, des dysparesthésies et hypoesthésies, une raideur de l'épaule, une diminution des amplitudes articulaires, une diminution de la coloration de la peau et de la pilosité, une amyotrophie, des mains et des bras rouges et enflés. L'inconstance de ces symptômes pourrait s'expliquer par les différentes phases de la maladie. Les rapports produits ne comportent cependant pas de descriptions complètes des examens cliniques et ne permettent pas de savoir si les médecins consultés ont passé en revue les différents critères diagnostiques de manière à confirmer ou infirmer la présence d'un syndrome douloureux régional complexe, cas échéant d'en dater la survenance, élément indispensable afin d'examiner si la condition relative au délai de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie est réalisée pour admettre le rapport de causalité naturelle.

24. Force est donc de constater que le dossier du recourant, insuffisamment instruit, ne permet pas de tirer des conclusions définitives sur son état de santé, de sorte qu'aucune stabilisation ne peut à ce stade être admise. C'est le lieu de relever qu'il aurait été utile que l'intimée sollicite les rapports médicaux obtenus par l'OAI durant les mesures d'ordre professionnel.

L'intimée n'était donc pas fondée, sur la base des pièces en sa possession, à mettre fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement. Il n'est en l'état pas non plus possible de se prononcer sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

25. Compte tenu de ces éléments, il s'impose de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle en complète l'instruction, en sollicitant les rapports médicaux pertinents qui font défaut, puis en mettant en œuvre une expertise.
26. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 30 mai 2018 et la décision sur opposition du 5 juillet 2018, et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision motivée.
27. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 30 mai 2018 et la décision sur opposition du 5 juillet 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'000.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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