

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1972, auparavant actif comme chef de marketing, était bénéficiaire des prestations de l'assurance-chômage et affilié à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) contre le risque d'accidents non professionnels lorsque, le 29 août 2010, il a glissé avec son scooter sur les rails du tram et chuté sur l'épaule gauche.

Une fracture de trochiter gauche non déplacée a été diagnostiquée et traitée (attelle et physiothérapie).

Les douleurs persistant, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été effectuée début novembre 2010, qui n'a montré ni déchirure de la coiffe des rotateurs, ni séquelles traumatiques osseuses, tout au plus une petite tuméfaction résiduelle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux et une tuméfaction de l'acromio-claviculaire.

Par la suite, en janvier 2011, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a fait état d'une capsulite rétractile.

2. Le dossier a été soumis au docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA qui, le 23 février 2011, a confirmé le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche et réservé son pronostic.
3. En mai, puis en novembre 2011, la Dresse B_____ a attesté de la continuation de l'incapacité de travail, motivée par l'impossibilité de son patient à conduire et à mobiliser son épaule gauche (dominante).
4. Le 2 avril 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a noté des hyper-réactions et des manifestations d'opposition dont il a souligné qu'elles ne lui permettaient pas d'évaluer le déficit fonctionnel réel de l'épaule gauche. Le médecin a constaté des signes cliniques d'arthrose acromio-claviculaire, dont il a indiqué qu'ils étaient insuffisants pour expliquer le degré d'impotence fonctionnelle affiché. Selon lui, même si l'on devait admettre l'hypothèse d'une capsulite rétractile, l'évolution atypique des douleurs et les discordances permettaient de conclure à l'existence de facteurs non organiques et psychologiques qui prédominaient désormais. En définitive, il a conclu à l'absence d'élément objectif susceptible de limiter la mise en valeur d'une pleine capacité sur le marché du travail dans une activité n'exigeant ni port de charges moyennes à lourdes, ni travail au-dessus de l'horizontale, telle que l'activité habituelle. Selon le médecin, les facteurs non organiques influençaient le comportement douloureux de l'assuré et le rendaient tributaire d'une médication antalgique dont il alléguait qu'elle l'empêchait de travailler.

5. Ces conclusions ont été confirmées par le Dr D_____ le 11 avril 2012, après examen des dernières radiographies, dont il a relevé qu'elles ne montraient aucun signe d'ostéodystrophie humérale ; il y avait absence de corrélation entre les constatations radiologiques et l'impotence fonctionnelle de l'épaule affichée par l'assuré à l'examen et donc, vraisemblablement, phénomènes de majoration. En effet, la seule arthrose constatée ne permettait en aucun cas d'expliquer les plaintes subjectives et les limitations douloureuses alléguées.
6. Par décision du 11 mai 2012 - dont une copie a été adressée à l'assureur-maladie de l'intéressé -, la SUVA a mis un terme à sa prise en charge avec effet au 31 mai 2012.
7. Le 6 juin 2012, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant en substance souffrir toujours de l'épaule gauche.

À l'appui de sa position, il a produit un rapport de la Dresse B_____ du 5 juin 2012 confirmant son diagnostic de capsulite rétractile et l'existence d'une limitation de la mobilité en actif et en passif.
8. Le 13 juin 2012, le Dr D_____ a persisté dans ses conclusions, en arguant notamment qu'une capsulite dépasse rarement quelques mois et qu'en l'occurrence, il n'y avait aucune altération radiologique ostéo-dystrophique de la tête humérale pouvant justifier une impotence douloureuse durable. La seule atteinte acromio-claviculaire n'expliquait en aucun cas les plaintes douloureuses et les hyper-réactions observées.
9. Après consultation du dossier de la SUVA, l'assureur-maladie a retiré l'opposition provisoire précédemment formée et accepté de prendre en charge les frais médicaux dès le 1^{er} juin 2012.
10. Par décision du 13 septembre 2012, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré.
11. Le 3 octobre 2013, la Cour de céans, saisie d'un recours de l'assuré, a fait suite à la proposition des médecins de la SUVA de renvoyer la cause à celle-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/975/2013).
12. Le dossier de l'assuré a alors été soumis aux docteurs E_____ et F_____, spécialistes FMH en chirurgie, qui se sont prononcés en date du 22 juillet 2013.

En substance, ils ont considéré que s'il y avait des indices suggestifs de la présence d'une capsulite rétractile, les résultats des examens étaient contradictoires, raison pour laquelle ils ont préconisé une expertise par un chirurgien orthopédique.
13. Saisie à nouveau par l'assuré, la Cour de céans, en date du 6 novembre 2014 (ATAS/1162/2014) a pris acte de l'accord des parties de confier un mandat d'expertise au docteur G_____.
14. Celui-ci ayant décliné le mandat pour des raisons linguistiques, la SUVA a suggéré en lieu et place la doctoresse H_____, proposition à laquelle l'assuré a donné son accord.

Ce médecin ayant à son tour décliné le mandat pour des raisons de disponibilité, la SUVA a proposé au recourant deux autres médecins.

S'en sont suivis des échanges de courriels au terme desquels les parties sont tombées d'accord pour confier l'expertise au docteur I_____, médecin-chef auprès de l'Hôpital de La Tour, spécialiste FMH en chirurgie de l'épaule et traumatologie de l'appareil moteur, qui a accepté le mandat. L'assuré a également eu l'occasion de s'exprimer sur le mandat d'expertise en tant que tel.

15. Par courrier du 19 novembre 2015, l'assuré s'est plaint auprès de la SUVA d'avoir été examiné par le docteur J_____ et de n'avoir rencontré le Dr I_____ qu'à l'occasion d'une brève apparition de ce dernier. Il a demandé à ce que l'expert mandaté se charge personnellement de l'expertise.
16. Contacté à ce propos, l'expert a répondu qu'il s'était adjoint le Dr J_____ et a émis l'avis qu'il n'était pas utile de revoir l'assuré ; il a aussi précisé que celui-ci avait refusé de se soumettre à une arthro-IRM.
17. Par courrier du 3 février 2016, l'assuré s'est insurgé contre l'assertion selon laquelle il aurait refusé de se soumettre à une arthro-IRM et a fait valoir que l'examen en question avait bel et bien été pratiqué par la suite, le 19 janvier 2016.
18. Le rapport d'expertise a été rendu en date du 22 février 2016, après que les résultats de l'arthro-IRM pratiqués en janvier ont été communiqués.

L'expertise s'est basée sur l'interrogatoire de l'assuré, son examen clinique et l'étude du dossier communiqué, constitué de documents au nombre desquels était expressément mentionné le rapport de l'arthro-IRM de janvier 2016, mettant en évidence une lésion interstitielle du tendon supra-épineux s'étendant sur 13 mm., un œdème sous-cortical du trochiter et une arthropathie acromio-claviculaire, mais pas de capsulite rétractile.

Ce rapport, cosigné par les Drs I_____ et J_____, comporte un résumé des antécédents et une anamnèse, ainsi qu'une description de l'état de l'assuré.

Il indique que le diagnostic d'épaule gelée a été retenu à plusieurs reprises, mais qu'un certain nombre de constatations paradoxales ont été observées au cours des différents examens cliniques : une épaule gelée se manifeste par une limitation globale des amplitudes ; or, les différents thérapeutes ont constaté des rotations internes et externes globalement conservées, quasiment symétriques par rapport au côté droit, ce qui est incompatible avec une épaule gelée ; de plus il existe une importante discrédance entre les amplitudes articulaires observées à l'examen clinique et celles utilisées par le patient pour s'habiller. Il en a été tiré la conclusion que l'examen clinique infirmait le diagnostic d'épaule gelée et ne reflétait qu'une attitude pathologique, vu les contractures musculaires systématiquement objectivées lors du testing.

Les arthro-IRM pratiquées en décembre 2013 et janvier 2016 avaient mis en évidence une lésion interstitielle du tendon sus-épineux ayant tendance à se péjorer.

Il a été expliqué que cette lésion était vraisemblablement liée à l'accident et à la fracture du trochiter et pouvait expliquer les douleurs ressenties par le patient, le sus-épineux étant sollicité en début d'abduction. Néanmoins, cette atteinte n'expliquait pas la limitation des amplitudes.

Les cervicalgies unilatérales ont été attribuées à une crispation de l'assuré en relation avec la pathologie de son épaule, vu l'absence d'arguments anamnésiques, cliniques ou même radiologiques pour une pathologie rachidienne.

L'épaule gelée était en rapport de causalité naturelle avec l'accident de manière certaine, mais douteuse au vu des réactions pathologiques et des discrédances observées. La fracture du trochiter était certainement en rapport de causalité naturelle avec l'accident. La lésion interstitielle de la coiffe des rotateurs était en rapport de causalité naturelle avec l'accident de manière vraisemblable, mais non certaine, tout comme les cervicalgies l'étaient avec la pathologie de l'épaule.

De toute manière, il n'y avait pas de contre-indication à une reprise de l'activité professionnelle. Le cas était stabilisé. Il n'y avait pas d'indication à un traitement d'ordre somatique, raison pour laquelle une évaluation d'ordre psychiatrique a été suggérée. Dans la mesure où la profession exercée auparavant n'était pas physique et ne nécessitait pas la pleine utilisation des deux épaules, il a été estimé que la limitation n'était pas significative et que la capacité de travail résiduelle exigible était de 100%. Comparativement à un panel de patient, cette exigibilité pouvait être attendue en moyenne 47 jours, mais au plus tard 240 jours après l'accident.

L'assuré était en mesure de conduire son véhicule et n'était pas limité dans la durée par les diagnostics somatiques potentiellement retenus. Il n'était pas limité non plus dans sa capacité à taper à l'ordinateur, mais devait bénéficier d'un poste de travail adapté (chaise haute par rapport au plan de travail) et prendre un antalgique en fonction des douleurs ressenties.

19. Par décision du 3 juin 2016, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr I_____, la SUVA a considéré que l'état de l'épaule gauche ne justifiait plus d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de chef de marketing et confirmé la fin du versement des prestations d'assurance - frais de traitement et indemnités journalières - avec effet au 31 mai 2012.
20. Sur la base de l'expertise précitée, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% par décision du 6 juin 2016, entrée en force depuis lors.
21. Le 6 juillet 2016, l'assuré s'est opposé à la décision du 3 juin 2016 en invoquant une violation de son droit d'être entendu.
22. Par décision du 30 septembre 2016, la SUVA a confirmé celle du 3 juin 2016.

La SUVA a rappelé que le droit d'être entendu de l'assuré avait été respecté quant au choix de l'expert et aux questions soumises à celui-ci.

Quant à la violation induite par le fait de n'avoir pas attendu le dépôt de ses observations sur le rapport d'expertise pour statuer, la SUVA a constaté qu'elle avait été réparée puisque l'assuré avait été en mesure d'énoncer ses différents griefs dans le cadre de son opposition.

S'agissant des griefs en question, la SUVA a relevé que l'expertise et le rapport y relatif avaient été établis sous la responsabilité du Dr I_____. Celui-ci s'était certes assuré le concours et le soutien du Dr J_____, médecin interne. Néanmoins, l'adjonction d'un collègue ou assistant dans le cadre d'une expertise établie sous la responsabilité de l'expert principal ne constituait pas, selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu, respectivement n'enlevait pas à l'expertise sa valeur probante.

L'expert avait eu connaissance de l'intégralité du dossier, en particulier du résultat de l'arthro-IRM du 20 janvier 2016.

Pour le reste, aucun élément médical objectif probant ne permettait de faire douter du bien-fondé des conclusions de l'expert mandaté avec l'accord de l'assuré et de son conseil selon lesquelles il n'y avait plus, en date du 31 mai 2012, de séquelles accidentelles organiques entravant encore la capacité de l'assuré à exercer son activité habituelle de gestion et marketing, pas plus que de traitement médical susceptible d'améliorer de manière notable son état de santé.

Pour le reste, la SUVA a considéré que les facteurs d'amplification et de non-organicité n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

23. Par écriture du 2 novembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

Le recourant demande préalablement l'audition de la Dresse B_____, celle de son épouse, la mise sur pied d'une nouvelle expertise médicale et, quant au fond, l'octroi de prestations au-delà du 31 mai 2012.

Le recourant reproche à l'expert de ne l'avoir pas examiné lui-même et à son collaborateur, d'avoir été « méprisant envers lui » et d'avoir un parti pris à son encontre. Il en veut pour démonstration l'allégation selon laquelle il aurait refusé de se soumettre à une arthro-IRM et son insistance à suggérer une évaluation psychiatrique.

Il conteste la capacité rotationnelle de 90° retenue, tout comme sa capacité à conduire. Il affirme ne pouvoir conduire plus de dix minutes, lorsqu'il n'a pas d'autre choix et que cela est impérativement nécessaire. Or, dans sa profession, il devait effectuer des trajets en voiture de plus d'une heure en raison du Tramadol qu'il continue à prendre pour traiter ses douleurs persistantes.

Le recourant reproche également à l'expert d'avoir négligé des éléments ressortant de l'arthro-IRM du 20 janvier 2016, dont il considère qu'ils corroborent clairement ses douleurs (œdème de l'acromion, irrégularité de l'interligne acromio-claviculaire compatibles avec une arthropathie acromio-claviculaire et fissure de 13 mm.).

24. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 15 février 2017, a conclu au rejet du recours en reprenant les arguments déjà développés dans la décision litigieuse.

25. Par écriture du 30 mars 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il rappelle que plusieurs médecins ont fait état d'une capsulite rétractile et que le Dr I_____ lui-même, en décembre 2013, a mis en évidence une épaule gelée dans le cadre d'une coiffe des rotateurs supéro-postérieure défailante, ainsi qu'une lésion fissuraire interstitielle du sus-épineux.

À l'arthro-IRM du 20 janvier 2016, il subsistait encore une fissure de 13 mm. qu'il considère comme un élément objectif et scientifique susceptible de mettre en doute le bien-fondé des conclusions de l'expert.

Il rappelle qu'il est gaucher et que l'atteinte à son épaule l'empêche d'utiliser pleinement son bras et donc d'effectuer un certain nombre de tâches essentielles dans un contexte professionnel, que ce soit dans une activité de bureau ou une activité physique.

À l'appui de sa position, le recourant a produit, notamment :

- un témoignage écrit de son épouse, daté du 29 octobre 2017, attestant qu'il ne peut plus porter les courses, passer l'aspirateur, repasser, faire la vaisselle, ranger les placards, balayer, nettoyer les sols, laver le frigo, nettoyer les fenêtres, etc. et qu'il ne peut pas non plus conduire plus de 10 minutes, car il prend régulièrement du Tramal retard ;
- un rapport de la Dresse B_____ du 5 décembre 2013 faisant état d'une épaule gelée importante, d'une arthropathie acromio-claviculaire, mais aussi de l'absence d'anomalie osseuse ou de signes d'algoneurodystrophie ;
- un bref rapport d'arthro-IRM du 20 janvier 2016 du docteur K_____, radiologue FMH, observant une fissuration interstitielle du tendon supra-épineux sur 13 mm, un œdème dans l'acromion et une ébauche d'arthropathie.

26. Entendue par la Cour de céans en date du 8 juin 2017, la Dresse B_____ a indiqué l'avoir reçu en consultation à raison d'une fois par mois depuis l'accident jusqu'à l'été 2012, puis une fois en 2015 et une dernière fois en décembre 2016.

La situation était inchangée : épaule gelée et capsulite rétractile entraînant des douleurs et une nette diminution de la mobilité active et passive de l'épaule gauche. Les limitations restent les mêmes également : limitation globale des amplitudes, rotations externes et élévations.

Le médecin a émis l'avis que l'assuré pourrait exercer une activité adaptée c'est-à-dire n'impliquant pas la mobilisation de son épaule gauche (stricte activité de bureau). Il peut travailler sur ordinateur avec des changements de position

occasionnels et répondre au téléphone, en revanche il lui sera difficile de ranger un classeur en hauteur. Il peut manier la souris de la main gauche.

En revanche, le témoin a estimé qu'une activité de représentation impliquant de longs trajets en voiture n'est plus envisageable, en raison du traitement (Tramal) d'une part, de la mobilisation de l'épaule que cela implique, d'autre part. De petits trajets restent possibles occasionnellement.

L'activité précédemment exercée, en tant qu'elle impliquait de nombreux déplacements et la manipulation de matériel pour des démonstrations, n'est plus envisageable.

Le témoin a dit n'avoir observé pour sa part aucun phénomène d'amplification de la part de son patient, tout en précisant ne pas s'être livré à une expertise, mais à un simple examen clinique et n'avoir donc pas approfondi au point d'examiner la présence ou non de signes de non-organicité.

Le témoin n'a pas exclu la possibilité que les douleurs puissent être psychogènes.

27. À cette occasion, le recourant a précisé ne pouvoir plus désormais ni nager, ni jouer au tennis, ni faire de wakeboard. Il lui est également impossible de porter ses enfants et de travailler.

Aux dires du recourant, il ne peut rester assis à un bureau qu'un quart d'heure avant que les douleurs apparaissent. Seul le Tramal le soulage, mais cela induit des somnolences, des nausées et interdit la conduite.

28. Le 31 août 2017, la Cour de céans a procédé à l'audition de l'expert I_____.

Celui-ci a expliqué qu'en tant que responsable de l'enseignement, il pratique conjointement toutes les expertises avec ses internes, qui en ont besoin pour leur formation. Concrètement, ils prennent tous deux connaissance du dossier, l'interne commence l'anamnèse, puis l'expert le rejoint et reprend les points importants avant d'effectuer conjointement l'examen clinique. En l'occurrence, c'est le Dr J_____, qui a procédé conjointement avec le témoin et peut témoigner de sa présence.

Dans le cas particulier, il s'avère que le patient était bien trop algique pour qu'un examen clinique puisse se pratiquer tel qu'habituellement. C'est d'ailleurs ce qu'ont pu observer tous les médecins qui se sont exprimés dans ce dossier.

Le témoin a confirmé avoir eu connaissance de l'arthro-IRM de janvier 2016, examen qu'il a qualifié de très intéressant et dont il a précisé qu'il ne modifiait en rien ses conclusions : il confirme une atteinte acromio-claviculaire et une lésion interstitielle, voire du versant bursal de la coiffe des rotateurs.

L'expert a souligné que, selon la littérature médicale, dans 100% des cas de fractures du trochiter, il y a une lésion partielle de la coiffe des rotateurs, mais au niveau de la face articulaire. Tel n'est précisément pas le cas en l'espèce.

Le témoin a précisé qu'il se consacre depuis 2007 à la chirurgie de l'épaule, qu'il est Président du Congrès européen de la chirurgie de l'épaule, fait partie du comité central de la Société européenne de la chirurgie de l'épaule et du coude et qu'il est également Président du Groupe d'experts suisses de chirurgie de l'épaule et du coude.

S'il a examiné l'assuré à plusieurs reprises - les 5 et 23 décembre 2013 et le 25 février 2014 - il ne l'a vu qu'une fois dans le cadre de l'expertise, le 27 octobre 2015. Sur l'heure qu'a duré l'examen, il a été présent dix à quinze minutes, en fin d'entretien.

Le témoin a expliqué avoir recommandé une expertise psychiatrique pour les raisons suivantes. En 2015, il a appris à connaître le patient puisqu'il l'a reçu à plusieurs reprises. Il a ainsi pu constater une évolution non favorable, non explicable par les observations objectives. Enfin, le témoin et ses collègues ont relevé des éléments « extrêmement bizarres », à savoir des incohérences importantes entre les dires du patient dans le cabinet ou son comportement et les observations objectives des médecins et le comportement de l'assuré à l'extérieur ou dans les couloirs. Ainsi, alors qu'il s'est dit incapable de conduire, le docteur L_____ l'a vu partir en voiture. Confronté à cette observation, le patient ne l'a pas niée, mais a souligné qu'il s'agissait d'un petit trajet. Par ailleurs, alors que le patient était complètement bloqué à l'examen, il adoptait spontanément des mouvements beaucoup plus amples lors de son déshabillage/habillage, ce que le témoin a pu constater personnellement. Dans de telles circonstances, il fait également partie du travail des médecins de se poser des questions, en l'absence d'explications objectives.

L'arthro-IRM de 2013 montrait une lésion de 4 mm et un œdème très discret et celle de 2016 une lésion de 13 mm et un œdème plus présent. Il est cependant important de replacer les choses dans leur contexte : une fracture isolée du trochiter a souvent pour conséquence une lésion interstitielle de la coiffe des rotateurs, mais, dans 100% des cas, du versant articulaire. Une étude pratiquée sur 420 personnes de tous âges, asymptomatiques, a révélé chez 113 d'entre elles - soit près de 30% - des trouvailles de ce type. Pour cette raison, le témoin ne saurait tirer la conclusion que, par définition, ce type de lésion serait lié à l'accident. Cela serait possible en cas de lésion transfixiante, mais tel n'est pas le cas en l'occurrence. Dès lors, le lien de causalité est possible, mais il est extrêmement difficile de conclure à une corrélation forte et vraisemblable. Anamnestiquement, les douleurs sont évidemment postérieures à l'accident, mais il est impossible de dire avec certitude que ces petites trouvailles radiologiques sont de manière certaine la cause des symptômes rencontrés par l'assuré. C'est seulement possible.

L'évolution entre 2013 et 2016 s'explique d'une part, par la tendance naturelle des lésions de la coiffe des rotateurs à progresser en taille et en ampleur au fil du temps, d'autre part, par la meilleure définition des moyens techniques actuels. Pour être

clair : d'un point de vue chronologique, le lien de causalité existe ; d'un point de vue scientifique, le témoin ne peut l'affirmer.

Effectivement, à l'examen a été constatée chez l'assuré une position « vicieuse », contractée, avec une musculation péri-scapulaire et cervicale tendue. Cela est une cause connue de douleurs.

L'expert a souligné l'absence d'atrophie musculaire. Or, en cas de raideurs (épaule gelée), le membre n'est pas utilisé et cela entraîne normalement forcément une fonte musculaire.

29. Suite à cette audience, le Dr I_____ a adressé à la Cour une copie des rapports de consultation mentionnés à cette occasion.
30. Par écriture du 3 novembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. En substance, il fait valoir que, dans la mesure, où l'expert a recommandé de compléter son examen par un volet psychiatrique, l'instruction est incomplète. Il se déclare prêt à se soumettre à une telle expertise.
31. Par écriture du 1^{er} décembre 2017, l'intimée a persisté également dans ses conclusions.

EN DROIT

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

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

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

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

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mai 2012.
6. Se pose toutefois au préalable la question de la violation du droit d'être entendu invoquée par le recourant, qui reproche à l'intimé d'avoir rendu sa décision du 3 juin 2016 avant l'échéance du délai qui lui avait été accordé pour se déterminer sur le rapport d'expertise.

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 127 V 132 consid. 2b).

La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne constitution, et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 2a, 375 consid. 3b).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est cependant réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références).

Tel est le cas en l'occurrence : l'assuré a pu faire valoir ses griefs non seulement devant l'intimée, dans le cadre de la procédure d'opposition, mais également devant la Cour de céans. Dès lors, on peut considérer que la violation a été dûment réparée.

7. a) 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).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

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

b) 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 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). 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 cranio-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).

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles

notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la

limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

8. a) 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).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c) 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).

d) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

9. En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise sur laquelle l'intimée fonde sa décision.

Il reproche en particulier à l'expert de s'être fait assister par un médecin interne, qu'il soupçonne d'un parti pris à son encontre. Il en veut pour démonstration l'allégation selon laquelle il aurait refusé de se soumettre à une arthro-IRM et l'insistance du médecin à suggérer une évaluation psychiatrique.

Ainsi que l'a relevé à juste titre l'intimée, l'expertise et le rapport y relatif ont été établis sous la responsabilité du Dr I_____. Celui-ci s'est certes assuré le concours et le soutien du Dr J_____, médecin interne. Néanmoins, l'adjonction d'un collègue ou assistant dans le cadre d'une expertise établie sous la responsabilité de l'expert principal ne constitue pas, selon la jurisprudence, un motif permettant de faire douter de la valeur probante d'une expertise (arrêt U_87/01 du 24 juillet 2002 consid. 2.2, arrêt 8C_213/2010 consid. 2.2 et arrêt I_402/04 du 7 décembre 2004 consid. 3.2). La dite valeur probante s'apprécie en fonction d'autres critères : l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BÜHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss). On rappellera par ailleurs la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de

conduire son expertise - s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer (cf. arrêts 9C_661/2009 du 29 septembre 2009 consid. 3.2 et 9C_447/2009 du 15 juillet 2009).

En l'occurrence, force est de constater que le rapport d'expertise répond parfaitement aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, on ne saurait tirer la conclusion du fait qu'une évaluation psychique ait été demandée que l'expert serait prévenu. Il est parfaitement normal qu'en l'absence d'explications somatiques objectives aux plaintes d'un assuré, l'expert suggère des investigations supplémentaires sur ce plan. Quant au malentendu survenu sur la volonté de l'assuré de se soumettre ou non à une arthro-IRM, il s'explique sans doute par le fait qu'il n'a été procédé à l'examen en question que près de trois mois après l'examen par l'expert. Le recourant n'explique d'ailleurs pas les raisons pour lesquelles il a tant tardé à se soumettre à l'arthro-IRM demandée.

Les observations et conclusions de l'expert, encore détaillées et motivées lors de son audition par la Cour, apparaissent pleinement convaincantes, d'autant qu'elles sont corroborées sur plusieurs points par les observations des médecins s'étant précédemment exprimés (discrépance importante entre observations cliniques et constatations objectives, d'une part, douleurs et limitations alléguées, d'autre part). D'ailleurs, le recourant, dans ses conclusions après enquêtes, n'a pas réitéré ses critiques envers l'expertise somatique.

En particulier, l'expert a eu l'occasion d'expliquer en détail pour quelles raisons ce que le recourant considère comme des éléments objectifs susceptibles d'expliquer son état (mis en évidence par l'arthro-IRM de janvier 2016) n'étaient pas de nature à modifier sa position : il ne s'agit que de petites trouvailles radiologiques - telles qu'on en trouve chez 30% de la population asymptomatique - dont on ne saurait affirmer de manière certaine qu'elles sont la cause des symptômes allégués. Elles entrent qui plus est en contradiction d'autres éléments observés (absence d'atrophie musculaire, discrépance déjà mentionnée plus haut, etc.).

Quoi qu'il en soit, tant l'expert que la Dresse B_____, également entendue par la Cour de céans, conviennent qu'une activité de bureau stricte est pleinement exigible de l'assuré et ce, depuis à tout le moins 240 jours après l'évènement selon l'expert.

Le recourant le conteste, principalement en faisant valoir que la médication qu'il prend lui interdit de conduire longuement. Une activité de responsable marketing n'implique cependant pas forcément de longs trajets en voiture. Quant à la médication invoquée, elle n'apparaît pas justifiée par les atteintes objectivement constatées. Selon l'expert, la prise d'un simple antalgique devrait suffire.

Les facteurs d'amplification et de non-organicité relèvent de la sphère psychique.

De ce point de vue, des investigations supplémentaires ne sont pas indispensables à la prise de décision. En effet, même si une expertise supplémentaire venait à mettre

en évidence des atteintes d'ordre psychique, le lien de causalité adéquate avec l'accident ne saurait être admis pour les raisons qui suivent.

L'accident doit effectivement être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite de ceux de peu de gravité : le recourant a glissé en scooter et était le seul véhicule impliqué.

L'accident n'était pas non plus entouré de circonstances ou de suites dramatiques ou impressionnantes.

Les lésions physiques subies ne peuvent être qualifiées de graves ou propres, en elles-mêmes, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

La fracture du trochiter, non déplacée, a guéri sans complications, ni retard.

Le traitement médical mis en place pour les lésions organiques n'avait rien d'inhabituel quant à son ampleur, ni même quant à sa durée.

Il n'a jamais été question d'erreurs dans le traitement médical.

Enfin, si l'incapacité de travail et la poursuite du traitement ont perduré, c'est avant tout, indéniablement, en raison de troubles relevant de la sphère psychique.

Dès lors, les critères énoncés par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles psychogènes affectant encore l'assuré et le sinistre incriminé ne sont manifestement pas remplis.

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

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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