

3

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/871/2010

ATAS/1048/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 14 octobre 2010

En la cause

Monsieur B _____, domicilié Les Perriers, 74420 Boège,
France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Manuel ISLER

recourant

Contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane
CORTHAY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après l'assuré), né en 1971, est gestionnaire de projet chez X_____ SA. A ce titre, il est assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après SUVA).
2. Le 16 septembre 2007, l'assuré s'est blessé à l'épaule en plongeant dans une calanque lors de ses vacances. Son employeur a rempli une déclaration d'accident-bagatelle le 26 septembre 2007.
3. Une échographie tendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche a été pratiquée le 24 septembre 2007 par le Dr L_____, radiologue, qui a constaté que cet examen était rassurant et qu'il n'y avait pas de signe de rupture décelable.
4. Le lendemain, le Dr L_____ a réalisé un arthroscanner de l'épaule gauche de l'assuré et a conclu à une fissuration longitudinale oblique du rebord glénoïdien postérieur compatible avec une origine post-traumatique. Il a préconisé un avis orthopédique complémentaire en raison de l'aspect inhabituel de la lésion.
5. Dans un questionnaire sur les circonstances de son accident rempli le 1^{er} février 2008, l'assuré a expliqué que lors d'un plongeon d'une hauteur de deux mètres, son bras gauche était parti en arrière et son épaule s'était luxée avant de se remettre en place instantanément, ce qui avait occasionné des douleurs immédiatement. Il a ajouté qu'il avait repris le travail après son accident, mais qu'il souffrait beaucoup depuis six mois et multipliait les consultations; aucun traitement n'avait été administré mais une opération était prévue. L'assuré a sollicité la confirmation de la prise en charge par la SUVA d'une intervention chirurgicale destinée à soulager ses douleurs.
6. Le 15 février 2008, le Dr M_____, spécialiste en traumatologie du sport et médecin traitant de l'assuré, a rédigé un certificat attestant que ce dernier présentait une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, ce qui nécessitait une intervention chirurgicale.
7. Le 10 mars 2008, l'assuré a eu un entretien avec un inspecteur de la SUVA. A cette occasion, il est revenu sur les circonstances de son accident. Il a précisé que ce n'est qu'en novembre 2007 qu'il avait finalement pu obtenir un rendez-vous auprès du Dr N_____ à Annecy, lequel avait confirmé la nécessité d'une intervention chirurgicale. L'assuré a déclaré qu'il ressentait des douleurs qui s'étaient progressivement amplifiées depuis l'accident, mais qu'il ne subissait pas d'incapacité de travail pour l'instant.

Contacté par l'inspecteur de la SUVA, l'employeur de l'assuré a confirmé que le poste de ce dernier était purement administratif et s'exerçait en position assise sans efforts physiques particuliers, malgré un certain nombre de déplacements à l'extérieur afin de se rendre sur les différents sites de l'entreprise.

8. Le 12 mars 2008, le médecin d'arrondissement de la SUVA a émis l'avis que le déboîtement de l'épaule et la déchirure du *labrum* constituaient une lésion assimilée à un accident, et que l'opération envisagée était vraisemblablement le traitement approprié, en précisant que la coiffe des rotateurs était intacte.
9. Le 17 mars 2008, la SUVA a confirmé à l'assuré la prise en charge de l'opération qui serait pratiquée le 27 mai 2008 par le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecine du sport. .
10. L'assuré a été opéré le 6 mai 2008. Dans son rapport opératoire du lendemain, le Dr N_____ a posé le diagnostic d'instabilité postérieure de l'épaule gauche, et précisé que l'intervention avait consisté en la stabilisation par réinsertion du bourrelet et en la suture de la capsule postérieure.
11. Dans un rapport du 29 mai 2008, le Dr N_____ a constaté que l'assuré souffrait toujours vingt jours après l'opération.
12. Le 1^{er} juillet 2008, le Dr N_____ a signalé au médecin de la SUVA que son patient avait besoin d'être pris en charge dans un centre de rééducation pour une physiothérapie et une réadaptation du membre supérieur gauche le plus rapidement possible. Il a rappelé que l'assuré avait été opéré d'un Bankart postérieur de l'épaule gauche en mai 2008, que les douleurs persistaient et que la fonction de l'épaule était très réduite après six semaines d'immobilisation.
13. Dans un rapport du 10 juillet 2008, le Dr N_____ a qualifié l'évolution de l'assuré de défavorable, en signalant que celui-ci restait très handicapé et raide et que le traitement en cours était conservateur.
14. Le 3 septembre 2008, l'assuré a subi une radiographie de l'épaule gauche. Le Dr O_____, médecin-chef du Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs) a fait état d'une congruence articulaire correcte sans diminution de l'espace sous-acromial. Il a établi l'absence de fragment osseux libre et de calcification amorphe sur le trajet des tendons de la coiffe des rotateurs et constaté que la structure osseuse était conservée.
15. L'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (CRR) du 6 août 2008 au 1^{er} octobre 2008.

Le Pr Charles P_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et FMH en rhumatologie et la Dresse Joëlle Q_____-NICKELS

ont posé les diagnostics de subluxation de l'épaule gauche, stabilisation par réinsertion du bourrelet et suture de la capsule postérieure pour instabilité postérieure de l'épaule gauche le 6 mai 2008, tendinite du court chef du biceps gauche et vraisemblable algoneurodystrophie de l'épaule gauche au décours. Les médecins ont constaté que l'assuré se déshabillait en épargnant son membre supérieur gauche, qu'il présentait une scoliose dorsolombaire avec gibbosité dorsale droite, et que l'articulation sternoclaviculaire gauche était légèrement surélevée par rapport à la droite. Les cicatrices opératoires étaient calmes, sans signe inflammatoire ou dystrophique. Une hypomyotrophie globale de l'épaule était notée. Les médecins ont relevé qu'il n'y avait pas de point Trigger ni d'autre douleur à la palpation, mais une apophyse coracoïde électivement douloureuse. Les amplitudes articulaires enregistrées étaient les suivantes: 80° en élévation active, 90° en élévation passive (contre 160° et 170° à droite); 70° en abduction active et 80° en abduction passive (contre 75° et 85° à droite); 20° en rotation externe coude au corps passive et active (contre 75° en rotation active et 85° en rotation passive à droite), 59 cm pour la distance pouce-C7 par le bas en rotation interne (contre 18 cm à droite). Lors de l'élévation et de l'abduction, le rythme scapulothoracique était fortement perturbé avec départ de l'omoplate dès 30° d'abduction. Les tests de coiffe étaient tous douloureux mais tenus, le lift-off n'était pas réalisable et le Belly-press difficilement interprétable au vu de la limitation de la rotation interne, sans signe de conflit. Aucune laxité articulaire antérieure, postérieure ou inférieure, n'était constatée, les médecins précisant que l'épaule gauche était même légèrement plus "serrée" que la droite avec le status postopératoire. L'épreuve d'appréhension était difficilement interprétable en raison de la limitation de la mobilité, les articulations acromio-claviculaire et sternoclaviculaire étaient stables. Le status neurologique dirigé donnait les résultats suivants: hypoesthésie globale du membre supérieur gauche et force du membre supérieur gauche conservée et symétrique par rapport au côté droit pour la main, le poignet et le coude; diminution de la force en rotation externe-interne en particulier mais également légère diminution de la force en abduction, élévation et adduction de l'épaule gauche, réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques.

Lors du status de sortie, les Drs P_____ et Q_____ ont établi les amplitudes articulaires suivantes pour l'épaule gauche dans la mobilité active: 140° en flexion, 90° en abduction, 40° en rotation externe (par rapport à 90° à droite), et rapporté une limitation des mouvements en raison de la douleur. Malgré cette amélioration objective de la mobilité, le patient se déclarait encore très limité dans les activités de la vie quotidienne et les travaux d'entretien de sa maison, et s'inquiétait de ses douleurs persistantes qui l'empêchaient d'utiliser son membre supérieur gauche. Les médecins ont prescrit des séances de physiothérapie ambulatoires, ainsi qu'un suivi par le médecin traitant.

Dans leur appréciation du cas, les médecins ont relevé qu'à l'entrée, l'assuré annonçait des douleurs de type plutôt aigu en un point précis dans la région de

l'apophyse coracoïde, peu importantes au repos (1/10), augmentant la nuit jusqu'à 5/10 et lors de la mobilisation et de port de charges jusqu'à 6/10; il signalait également l'apparition après les activités d'une douleur latérale du bras, sourde, estimée à 6/10 ainsi qu'une troisième douleur dans le creux axillaire permanente mais s'étant progressivement améliorée après quelques semaines et peu gênante. L'assuré avait en outre remarqué une discoloration violacée et une discrète hypersudation occasionnelle, sans douleur de la main gauche. En raison des douleurs en regard de la coracoïde - qu'une infiltration par Xylocaïne et Bupivacaïne n'avait pas soulagées - les médecins ont suspecté une tendinite du court chef du biceps. La déminéralisation mouchetée de la tête humérale sur la radiographie et les douleurs persistantes et prolongées ont laissé supposer que le patient avait présenté un phénomène d'algoneurodystrophie ou de capsulite rétractile, actuellement au décours. Compte tenu du diagnostic, les médecins tablaient sur une évolution d'encore quatre à huit mois. Eu égard à l'activité essentiellement administrative de l'assuré, les médecins ont ordonné une reprise de travail partielle à 50 % dès le 13 octobre 2008, dans un premier temps à domicile, la capacité de travail devant être réévaluée par le médecin traitant un mois plus tard, puis augmentée progressivement.

Selon le rapport de physiothérapie, à la fin de son séjour à la CRR, l'assuré était limité pour ouvrir une porte et pour travailler en hauteur. A ce moment, l'assuré faisait état d'une douleur au niveau de l'épaule gauche sur les faces antérieure et postérieure, évaluée à 2/10 au repos et à 7/10 à l'effort, alors que les scores étaient de 0/10 au repos et de 6/10 à l'effort en début de séjour. Les scores de Constant étaient de 47.3 à gauche et 93 à droite, contre 32.3 à gauche et 91.5 à droite lors de l'entrée en clinique. La physiothérapeute préconisait une poursuite ambulatoire de la physiothérapie à visée antalgique principalement.

16. Le 28 octobre 2008, l'assuré a eu un entretien avec un inspecteur de la SUVA, lors duquel il a déclaré qu'il n'y avait pas réellement d'évolution, hormis une meilleure mobilité de l'épaule gauche, mais que les douleurs étaient encore bien présentes dans cette articulation et le sommeil difficile. Il a affirmé qu'une algoneurodystrophie avait été confirmée par scintigraphie réalisée deux semaines auparavant, et qu'il poursuivait ses séances de physiothérapie, la médication anti-inflammatoire et les piqûres de calcitonine. Son médecin traitant, le Dr M _____, avait prolongé l'incapacité de travail de 50 %. L'assuré effectuait des tâches informatiques et administratives à domicile mais ne pouvait encore se rendre à son lieu de travail. Il ne voyait pas quelle autre activité pouvait mieux lui convenir.
17. Le 27 février 2009, le Dr R _____, radiologue, a pratiqué une IRM de l'épaule gauche et constaté des séquelles de réinsertion du bourrelet postérieur sans autre anomalie notable.

18. Le 27 avril 2009, le Dr M_____ a attesté d'une incapacité de travail à 50 %, du 1^{er} mai 2009 au 30 juin 2009, les 50 % consistant en du travail à domicile.
19. Dans un rapport du 18 mai 2009, le Dr M_____ a indiqué que l'intervention à l'épaule gauche avait entraîné une algodystrophie secondaire. Le traitement, dont la durée probable était évaluée à une année, consistait en une médication par Lyrico et en une rééducation.
20. Le 30 juin 2009, l'assuré a rencontré un inspecteur de la SUVA, à qui il a déclaré qu'il n'y avait aucune évolution, qu'il avait essayé de temps en temps d'aller sur son lieu de travail en avril et mai mais que ses tentatives s'étaient soldées par des échecs et une aggravation de ses douleurs. L'assuré a estimé que son état de santé allait en se détériorant: il avait de plus en plus de douleurs, n'arrivait presque pas à dormir et ne pouvait rien faire avec son membre supérieur gauche. Il ressentait une grande fatigue générale. Il précisait que son médecin avait attesté d'une incapacité de travail à 60 %.
21. Le 10 juillet 2009, l'assuré a subi une scintigraphie osseuse du corps entier, pratiquée par la Dresse S_____, spécialiste en médecine nucléaire. Celle-ci a conclu à une amélioration scintigraphique significative avec disparition quasiment complète des signes de neuro-algodystrophie en phase chaude ou même intermédiaire, tout en notant la persistance d'une petite surcharge de fixation au niveau scapulo-huméral interne, bien corrélée à la clinique, objectivant la persistance d'une contrainte articulaire à ce niveau. La scintigraphie osseuse était par ailleurs normale.
22. Le 23 juillet 2009, l'assuré a consulté le Dr T_____, spécialiste de la douleur. Ce dernier a relevé que les plaintes de l'assuré portaient essentiellement sur deux zones gâchettes douloureuses, la première en profondeur située dans le creux axillaire irradiant le long du trajet du nerf cubital, la deuxième à la partie antérieure et supérieure de l'épaule gauche, et que l'assuré se disait gêné avant tout dans les mouvements de rotation externe mais non dans les mouvements d'élévation, d'abduction et de rotation interne. Le Dr T_____ a surtout constaté un état dépressif, amplifiant les symptômes et associé à des insomnies. Il a prescrit des patches de Versatis et du Laroxyl pour améliorer le sommeil, ainsi qu'une physiothérapie douce. Le médecin a préconisé une infiltration sous neurostimulation du nerf ulnaire au niveau du creux axillaire en cas d'inefficacité du traitement.
23. Le 20 août 2009, le Dr U_____ a prescrit un arrêt de travail à l'assuré jusqu'au 21 octobre 2009.
24. Le 31 août 2009, l'assuré a été examiné par le Dr V_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA. L'assuré lui a relaté ses antécédents aux niveaux psychique et professionnel, faisant état d'une

dépression ayant entraîné une hospitalisation quelques années auparavant, à la suite de laquelle il avait fait l'objet d'une mutation équivalant à une "mise au placard" lors de son retour au travail. L'assuré a déclaré au médecin qu'il travaillait et conduisait avec un seul bras, que son épaule n'allait pas du tout, qu'il avait mal, ne dormait pas la nuit, était épuisé et se sentait anéanti. La physiothérapie avait légèrement diminué les douleurs mais n'avait rien changé au niveau fonctionnel. L'assuré utilisait des patches d'anesthésie locale, dont les effets étaient plus ou moins probants. Lorsqu'il avait essayé de travailler à 40 % en se rendant sur son lieu de travail, il s'était senti anéanti et épuisé l'après-midi.

Le médecin a constaté que le patient présentait, debout, une discrète ascension de l'épaule gauche avec persistance au niveau deltoïdien d'une certaine atrophie postérieure, et une sensibilité bien conservée, sans chaleur ni rougeur suspecte au niveau de l'épaule gauche, mais avec une sensibilité à la palpation à un point antérieur en probable relation avec une entrée d'arthroscopie. Le Dr V_____ a mesuré les amplitudes articulaires suivantes: 160° à gauche contre 180° à droite en élévation antérieure; 45° à gauche contre 60° à droite en rotation externe; 150° à gauche contre 180° à droite en abduction; distance main/dos par le bas D12 à gauche contre D7 à droite. Le test de Jobé s'est révélé négatif. Le médecin a noté une force symétrique à M5 à l'écartement des bras, à la flexion des avant-bras, à l'extension des avant-bras et une discrète diminution de la force en rotation externe et rotation interne des avant-bras, sans trouble sensitivomoteur particulier. La force de préhension au Jamar a été notée à 18 kg à gauche contre 20 kg à droite. Le Dr V_____ n'a constaté aucune limitation au niveau des coudes, des poignets, des mains de la pronation et de la supination. Dans son appréciation, le spécialiste a relevé que l'évolution continuait d'être défavorable avec une impotence fonctionnelle, des douleurs et une prolongation de l'incapacité de travail, mais qu'une IRM pratiquée en février 2009 ne montrait pas d'élément significatif expliquant l'état fonctionnel et douloureux et que la scintigraphie osseuse réalisée en juillet 2009 excluait une algodystrophie. Le Dr V_____ a considéré que les performances fonctionnelles de l'épaule gauche étaient satisfaisantes à l'examen, et permettraient une reprise du travail. Selon lui, la problématique majeure empêchant un retour au travail relevait de l'état psychique de l'assuré, et rendait nécessaire une entrevue avec le psychiatre-conseil dans les meilleurs délais.

25. Le 30 septembre 2009, l'assuré a été examiné par le Dr W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Ce spécialiste a noté que le traitement de la douleur consécutive à l'accident de l'assuré était constitué d'une association de médicaments psychotropes, à savoir du Laroxil et du Rivotril. L'anamnèse a révélé un épisode dépressif particulièrement sévère quatre ans auparavant, avec hospitalisation durant trois mois, lié à la dissolution du couple de l'assuré et aux difficultés rencontrées avec sa fille. A sa sortie de l'hôpital, l'assuré avait été suivi par un psychiatre pendant 18 mois jusqu'au départ de celui-ci dans une autre région. Le traitement tant médicamenteux

que psychothérapeutique avait alors été interrompu. A son retour au travail, l'assuré avait été muté à un poste sans objectifs, sans cahier des charges ou responsabilité de personnel alors qu'il se trouvait auparavant à la tête d'une équipe de 200 personnes. L'assuré avait ensuite été déchu de son statut de cadre à l'automne 2006, car il n'exerçait plus de responsabilités au sein de l'entreprise. L'assuré a déclaré se trouver dans un *no man's land* et qualifié cette situation professionnelle d'intenable sur le long terme. Il a également précisé avoir consulté le Centre Médico-Psychiatrique de Thonon, où il avait vu une infirmière qui lui avait conseillé de reprendre un suivi psychothérapeutique et une médication psychotrope. Il a précisé qu'il avait rendez-vous avec un psychiatre 15 jours plus tard. Au plan psychique, l'assuré s'est dit tendu, sujet à des fluctuations de l'humeur et à de fréquents moments d'abattement, voire de tristesse. Le psychiatre a relevé que les plaintes subjectives de l'assuré concernaient son épaule et les douleurs à ce niveau, qui l'empêchaient de dormir et avaient un impact sur son humeur. Le Dr W_____ a noté que l'assuré s'interrogeait beaucoup quant à son avenir et ruminait sa situation actuelle, persuadé qu'il lui était impossible de reprendre une activité professionnelle pour des raisons somatiques tout en admettant une certaine fragilité au plan psychique. L'assuré déclarait être rapidement déstabilisé par toute nouvelle situation et se sentir incapable de se reconstruire sans aide extérieure.

Le psychiatre n'a pas constaté de trouble du cours ou du contenu de la pensée, ni de trouble cognitif ou d'humeur stablement dépressive, mais les propos tenus et l'anamnèse faisaient ressortir une humeur à dominante dépressive, avec une importante composante d'inhibition. Le Dr W_____ a fait état d'une perte d'énergie, d'une aboulie et d'une anhédonie, ainsi que d'une importante tension physique et psychique sur le plan de l'anxiété, avec des ruminations anxieuses importantes en lien avec les incertitudes pesant sur l'avenir. Le médecin a considéré que son examen était trop bref pour permettre une évaluation fiable de la personnalité, mais qu'il existait de nombreux indicateurs de l'existence d'une fragilité sous-jacente en lien avec des traits de personnalité dépendants et anxieux. Les diagnostics étaient les suivants: trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43 22) et trouble mixte de la personnalité probable (F 61.0). Le médecin a relevé que l'assuré présentait objectivement une symptomatologie du registre anxio-dépressif, avec une intensité actuellement légère du trouble de l'humeur mais une intensité moyenne à sévère de la symptomatologie anxieuse. Le médecin a conclu que la symptomatologie psychique était largement en lien avec un contexte non résolu complètement, tel qu'il ressortait de l'anamnèse, contexte sans rapport avec l'accident mais conséquence d'une séparation particulièrement difficile et d'une situation professionnelle négative. Il a préconisé un suivi spécialisé, et souligné que le traitement psychothérapeutique poursuivi quelques années plus tôt par l'assuré n'avait pas véritablement été mené à terme. Pour le Dr W_____, l'incidence des douleurs chroniques sur l'humeur n'était

que minime et le traitement était du ressort de l'assurance-maladie et non de l'assurance-accidents.

26. Le 16 septembre 2009, l'assuré a été hospitalisé aux HÔPITAUX DU LEMAN une journée pour la réalisation d'un bloc du nerf ulnaire gauche réalisé avec une neurostimulation transitoire (certificat établi par le Dr T_____ en date du 29 septembre 2009). L'avis d'admission de l'hôpital spécifiait qu'il ne s'agissait pas du traitement des suites d'un accident.
27. La SUVA a refusé de prendre en charge les frais de taxi et les coûts de cette intervention par courriers des 5 et 15 octobre 2009.
28. Dans sa décision du 5 octobre 2009, la SUVA a considéré que selon les examens effectués par les médecins d'arrondissement, il n'existait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement, et que des problèmes psychiques étaient à l'origine des troubles subsistant. Or, selon la jurisprudence, de tels troubles ne devaient être assumés par l'assurance-accidents qu'en cas de rapport déterminant avec l'accident, condition non remplie en l'espèce. La SUVA a relevé que l'accident pouvait tout au plus être considéré comme étant de gravité moyenne, sans caractère particulièrement impressionnant ni circonstances concomitantes particulières. Aussi la SUVA mettait-elle un terme à sa prise en charge des suites de l'accident au 25 octobre 2009.
29. Le 9 octobre 2009, l'assuré, alléguant que la réalisation d'un bloc sur l'épaule gauche par le Dr T_____ était liée à son accident, a requis la prise en charge par la SUVA des frais relatifs à cette opération.
30. Par courrier du 16 octobre 2009, la SUVA a refusé.
31. Par courrier du 14 octobre 2009, HELSANA ASSURANCES SA, intervenant en qualité d'assureur perte de gain, s'est provisoirement opposée à la décision de la SUVA du 5 octobre 2009.
32. Par courrier du 17 octobre 2009, l'assuré a demandé derechef le remboursement des frais engendrés par l'infiltration du nerf ulnaire, en produisant le certificat du Dr T_____ du 23 juillet 2009 à l'appui de sa demande.
33. Le 27 octobre 2009, le médecin d'arrondissement de la SUVA a estimé que le traitement du 16 septembre 2009 ne faisait pas partie du traitement des lésions consécutives à l'accident, et souligné que le Dr T_____ constatait surtout un état dépressif amplifiant les symptômes.
34. Le 21 octobre 2009, le Dr M_____ a prescrit un arrêt de travail du 1^{er} novembre 2009 au 1^{er} février 2010 pour état dépressif. Dans un certificat établi à

la même date, il a attesté que l'assuré était encore en traitement pour la pathologie de l'épaule gauche.

35. Dans un certificat du 22 octobre 2009, le Dr U_____ a établi que l'assuré souffrait toujours de douleurs intenses au niveau de son membre supérieur gauche en relation avec des phénomènes algoneurodystrophiques en voie de régression, ainsi que des douleurs séquellaires sur site opératoire.
36. Le 3 novembre 2009, le Dr V_____ a amené un complément d'appréciation portant sur le certificat médical établi par le Dr T_____. Le Dr V_____ a noté que l'assuré avait eu un entretien avec le Dr W_____ quinze jours après l'infiltration, et n'avait pas fait mention de cette intervention dont l'indication n'était pas très claire. Celle-ci n'était donc pas à la charge de l'assurance-accidents.
37. Par décision du 6 novembre 2009, la SUVA a refusé la prise en charge du traitement du 16 septembre 2009.
38. Par courrier du 6 novembre 2009, HELSANA ASSURANCES SA a retiré son opposition à la décision du 5 octobre 2009 en admettant que l'incapacité de travail de l'assuré était due à une maladie.
39. Le 9 novembre 2009, l'assuré, par le biais de son mandataire, a formé opposition à la décision de la SUVA du 5 octobre 2009. Il a conclu à l'annulation de la décision du 5 octobre 2009 et à l'octroi des prestations légales de l'assurance-accidents. Il a fait valoir que tous les médecins relevaient l'existence de phénomènes douloureux intenses au niveau de son membre supérieur gauche, ayant entraîné des troubles psychologiques intenses, et qu'en cas de séquelles de nature physique se manifestant directement après l'accident, renforcées à la suite de l'opération et persistant sans interruption depuis lors, un lien de causalité avec l'accident devait être admis. Il a allégué que les séquelles psychologiques étaient en relation de causalité avec son accident, et qu'il était en parfaite santé physique et parfaitement rétabli de son épisode dépressif avant la survenance de son accident.
40. Le 16 décembre 2009, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin de la SUVA, a procédé une appréciation du cas sur dossier, contenant notamment une anamnèse du cas et une discussion de l'évolution de l'assuré. Le Dr A_____ a relevé que l'évolution postopératoire s'était compliquée par le développement d'une algodystrophie (ou capsulite rétractile) de l'épaule, marquée par des douleurs et une perte de mobilité croissante, et que si la mobilité avait été bien récupérée dans l'évolution, les phénomènes algiques persistaient. Au sujet de l'évolution de cette affection, il a précisé ce qui suit:

"Il existe un autre consensus sur le fait que l'algodystrophie de l'épaule suit un scénario évolutif particulier que l'on peut ordonner par stades, même s'ils sont

confluents. Certains auteurs, comme DePalma en ont décrit trois, d'autres quatre, comme les frères Neviasser ou Hannafin et al. en se fondant entre autres sur leurs découvertes arthroscopiques. Dans la classification de DePalma, le stade I correspond à celui lors duquel se développent des douleurs croissantes d'épaule associées à une perte progressive de la mobilité (les anglophones parlent de "*freezing*" dans ce contexte, soit de gel qui se forme); le stade II est caractérisé par une lente et progressive diminution de l'intensité des douleurs alors que persiste l'entrave fonctionnelle (les anglophones appellent ce stade "*frozen phase*", donc phase de gel constitué); le stade III est celui de la récupération de la mobilité ("*thawing phase*", soit la phase de dégel). La durée d'évolution jusqu'à la récupération fonctionnelle complète (qui intervient dans 4 cas sur 5, précise Hertel) est chiffrée par DePalma à 18 mois environ. Hannafin et Chiaia qui distinguent 4 stades évolutifs, relatent les symptômes qui caractérisent l'évolution de la capsulite rétractile de la façon suivante. Au stade I, les malades se plaignent de douleurs progressives éprouvées en fin d'amplitude articulaire. Si une arthroscopie est alors pratiquée, elle dévoile une synovialite (inflammation de la membrane synoviale qui tapisse la capsule articulaire) hypertrophique et hyperémique qui peut être vérifiée à l'examen histologique. Hannafin chiffre la durée du stade I entre 0 et 3 mois. Le stade II est marqué par la persistance des douleurs et la perte graduelle de la mobilité de l'épaule. Si une injection intra-articulaire d'anesthésique local lénifie les omalgies, elle ne permet plus toutefois d'obtenir une meilleure amplitude articulaire comme tel était encore le cas au stade I. Le stade II dure 6 mois (3 à 9 mois) environ. Au stade III, d'une durée moyenne de 9 à 14 mois, les patients présentent une épaule enraidie et douloureuse (les mouvements effectués dans le secteur de mobilité réduite sont toutefois indolores). La phase IV (d'une durée de 15 à 24 mois) est la phase du "dégel" qui est caractérisée par l'amélioration lente et progressive de la mobilité et l'amendement des douleurs. Il faut préciser ici que la durée d'évolution de la capsulite rétractile est extrêmement variable, car Galarraga rapporte que dans sa revue exhaustive de la littérature traitant du sujet, il a trouvé des valeurs limites de 6 semaines à 10 ans de décours."

S'agissant de l'analyse de l'évolution de l'assuré à la lumière de ces connaissances médicales, le Dr A_____ a fait les constatations suivantes:

"[Chez l'assuré], le développement du stade I, caractérisé donc par des douleurs et une perte rapide de la mobilité de l'épaule, a été fort précoce suite à l'intervention de chirurgie arthroscopique réalisée puisque le Dr N_____ enregistrerait déjà au premier contrôle postopératoire à 20 jours des douleurs qui ne s'expliquaient pas au vu du geste thérapeutique qu'il avait réalisé, alors que 3 semaines plus tard, l'enraidissement de l'épaule associé aux douleurs persistantes, était flagrant. C'est ce contexte qui a motivé l'hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation. Lors de l'entrée dans cet établissement, existaient hormis les douleurs alléguées d'épaule, une limitation marquée et de

même ampleur de la mobilité tant active que passive de l'articulation gléno-humérale, en rotation externe et en abduction en particulier, et, dans une moindre mesure en rotation interne et élévation antérieure, signes caractéristiques du stade II. Durant l'hospitalisation, on est passé du stade II à un stade III débutant, puisque la rotation externe est passée de 20° à 40°, et l'élévation antérieure à 140° à la sortie de clinique le 1er octobre 2008 alors qu'elle ne mesurait que 80° à l'entrée en clinique. Ces progrès sur la récupération de la mobilité ont également été confirmés le 31 août 2009 par le Dr D_____ qui a constaté que l'élévation antérieure était passée à 160°, l'abduction à 150°, et la rotation externe à 45°. Il faut observer ici que l'amplitude en rotation externe de l'épaule droite asymptomatique avait été chiffrée par les médecins de la Clinique de réadaptation à 75°, alors que le médecin d'arrondissement l'avait évaluée à 60° seulement: cette différence est probablement à mettre sur le compte du contexte de mesure de la rotation: elle s'améliore si elle est couplée à un certain degré d'abduction de l'épaule. En synthèse, on doit admettre que lorsque M. B_____ a été vu par le médecin d'arrondissement fin août 2009, l'épaule avait récupéré une grande partie de son amplitude articulaire. Cette progression n'est pas sous la dépendance d'un traitement particulier, mais reflète l'histoire naturelle de la capsulite rétractile qui est favorable, requérant toutefois de la patience tant du malade que de celui qui le soigne. Le processus de guérison a également été étayé par la scintigraphie osseuse pratiquée le 10 juillet 2009. Le médecin d'arrondissement a conclu qu'au vu de la situation clinique, une reprise à 100% des activités professionnelles dans un poste administratif était sans autre envisageable. Peut-on souscrire à cet avis? On se rappelle qu'à l'époque où il a été examiné par le Dr D_____, M. B_____ ne s'est pas plaint de la persistance de la raideur d'épaule, puisqu'il a concédé avoir fait des progrès dans la récupération de la mobilité, mais de celle des douleurs. Cependant, on l'a vu dans l'exposé général sur l'algodystrophie: la dernière phase évolutive, soit celle du dégel, est caractérisée par l'amendement complet des douleurs. Le scénario inverse, à savoir la constance, voire l'accroissement de l'intensité des omalgies ne correspond pas aux données de la littérature qui sont également concordantes sur ce sujet. Pour cette raison, il était légitime de chercher une origine non organique aux doléances alléguées, comme l'a fait le Dr D_____ et de conclure qu'au plan somatique, il fallait admettre une capacité de travail entière dans la profession exercée par M. B_____".

41. Le 29 décembre 2009, la SUVA a adressé une copie du rapport du Dr A_____ à l'assuré.
42. Le 25 janvier 2010, l'assuré a consulté le Dr C_____, spécialiste en chirurgie de l'épaule, qui a posé le diagnostic de capsulite rétractile avec algodystrophie sévère non terminée, puisqu'il persistait une limitation des amplitudes articulaires indiscutable dans les trois secteurs, bien mise en évidence en position couchée. Ce spécialiste a fait état d'une douleur exquise au niveau du

trochin antérieur, conséquence directe de cette algodystrophie qui "traînait". Le Dr C_____ a ajouté que les séquelles d'algodystrophie sont ce qu'il y a de plus dur et de plus long à traiter, mais que l'assuré devrait pouvoir récupérer une épaule normale après plusieurs mois.

43. Le 2 février 2010, le Dr U_____ a établi un certificat médical attestant que l'assuré présentait des douleurs de l'épaule gauche liées à l'algodystrophie persistante développée à la suite de son intervention chirurgicale.
44. Le 5 février 2010, l'assuré s'est déterminé sur l'appréciation du Dr A_____. Il a relevé que celui-ci ne l'avait pas personnellement examiné, et que les moyennes de temps de guérison citées ne pouvaient se substituer au diagnostic du Dr C_____, qui l'avait ausculté en personne. Il a contesté une amélioration sensible de son état après son séjour à la CRR, amélioration par ailleurs contredite par le certificat du Dr C_____. L'assuré s'est référé aux avis des Drs C_____ et U_____, qui selon lui démontraient bien que ses douleurs provenaient de l'algodystrophie, et qu'elles se situaient d'ailleurs loin de la voie d'abord arthroscopique. En outre, l'assuré a affirmé que la scintigraphie pratiquée le 10 juillet 2009 n'était pas suffisante pour arriver à la conclusion qu'il n'y avait plus d'algodystrophie. L'assuré a allégué que ses douleurs étaient liées à l'algodystrophie sévère dont il souffre, elle-même en relation avec la lésion subie lors de l'accident. Partant, il en a conclu qu'il y avait un lien de causalité entre l'accident et ses douleurs actuelles et que l'assureur devait continuer à servir les prestations légales.
45. Le 10 février 2010, la SUVA a rendu une décision confirmant celle du 5 octobre 2009. La SUVA a rappelé qu'un assuré n'a droit à un traitement médical que si la poursuite de celui-ci laisse espérer une amélioration notable de l'état de santé, et que les indemnités journalières n'ont plus à être versées dès que le droit au traitement médical cesse. La SUVA s'est référée à l'appréciation du Dr A_____, dont elle a estimé qu'elle démontrait que l'épaule de l'assuré avait déjà récupéré une grande partie de son amplitude articulaire lors de l'examen du Dr V_____, ce qui permettait de conclure à la guérison de la capsulite rétractile, étayée également par la scintigraphie osseuse pratiquée le 10 juillet 2009. La SUVA a contesté que le certificat du Dr C_____ soit de nature à remettre en cause les conclusions du Dr A_____, lequel n'avait pas nié la persistance des limitations de la mobilité mais simplement spécifié que celles-ci se normaliseraient par la suite, conformément au processus de guérison généralement observé dans ce type d'affection. Pour la SUVA, le fait que la récupération progressive des amplitudes articulaires aille de pair avec une diminution progressive des douleurs en cas d'algodystrophie démontrait que l'intensification des omalgies alléguées par l'assuré repose en l'espèce sur une cause non organique. Par ailleurs, les troubles psychiques constatés par les Drs W_____ et T_____ permettent selon elle de conclure que la persistance des douleurs ne

repose pas sur une atteinte organique ayant valeur diagnostique. La SUVA en a tiré la conclusion que les troubles psychiques de l'assuré n'étaient pas en rapport avec l'accident, les critères jurisprudentiels permettant d'établir un lien de causalité entre de tels troubles et un accident sans gravité particulière n'étant pas réunis.

46. Par acte du 15 mars 2010, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de la SUVA (ci-après l'intimée). Il conclut à son annulation et à l'octroi des prestations légales dues en cas d'accident. Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir écarté sans motif les avis pourtant formels des Drs C _____ et U _____, qui attestent qu'il souffre toujours d'une limitation des amplitudes articulaires et de douleurs qui sont la conséquence directe de l'algodystrophie prouvée par scintigraphie, et qui sont en lien de causalité adéquat avec l'accident qu'il a subi. Le recourant a notamment produit un certificat du Dr T _____ du 9 février 2010, attestant que les douleurs dont il souffre sont apparues à la suite de l'intervention chirurgicale, qu'elles sont liées à une algodystrophie, et qu'elles ont eu un retentissement sur son état moral.
47. Dans sa réponse du 30 mars 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle allègue que les limitations du recourant ont évolué favorablement et que l'algodystrophie dont il souffre a atteint le stade ultime de son évolution, lors duquel disparaissent les douleurs. Selon l'intimée, les douleurs croissantes dont se plaint le recourant sont incompatibles avec l'évolution clinique et n'apparaissent pas comme des suites de l'accident. Les certificats médicaux produits, dans la mesure où ils portent sur la persistance des douleurs, ne suffisent pas à fonder les prétentions du recourant. L'intimée soutient de plus que celui-ci avait recouvré une mobilité suffisante pour reprendre son activité professionnelle lors de l'examen du 28 août 2009, et qu'il convient de tenir compte de son obligation de diminuer le dommage.
48. Le 27 avril 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il répète que l'évaluation purement théorique du Dr A _____ ne permet pas de conclure à l'incompatibilité de ses douleurs avec l'algodystrophie dont il souffre, que l'examen scintigraphique démontre que l'algodystrophie est en rémission mais non qu'elle a disparu, et se réfère pour le surplus aux certificats médicaux déjà produits.
49. Par courrier du 30 avril 2010, le Tribunal de céans a transmis une copie de cette écriture à l'intimée.
50. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale

sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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 345 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable.
4. L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à nier le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents dès le 25 octobre 2009.

Il y a lieu de noter ici que le refus de prise en charge de l'infiltration du bloc ulnaire pratiquée le 16 septembre 2009 a fait l'objet d'une décision de l'intimée du 6 novembre 2009, laquelle n'a pas été frappée d'opposition. Ce point n'est dès lors pas litigieux.

5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (ATF du 16 février 2009, 8C_268/2008, consid. 2.3).

Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA *a contrario*; ATF du 9 mai 2001, U 391/00, consid. 2a; ATF 116 V 41 consid. 2c). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un

progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATF du 20 mai 2005, U 244/04, consid. 2).

6. Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales. 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 du 31 mai 2006, U 239/05, consid. 2.1; ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Par ailleurs, 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 (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). 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.

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C_463/2009, consid. 3).

7. 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 la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 du 22 octobre 2008, 8C_628/2007, consid. 5.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2;), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard

aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF du 5 décembre 2008, 8C_336/2008, consid. 3.1).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF du 3 juillet 2008, 8C_694/2007, consid. 4.1; ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). 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 du 6 mai 2008, 8C_339/2007, consid. 2.1; ATF 117 V 359, consid. 6).

La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une banale chute, les accidents de gravité moyenne et enfin 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. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (ATF du 24 avril 2009, 8C_510/2008, consid. 5.2; ATF du 4 mars 2002, U 369/01, consid. 2c). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères suivants, dont la liste est exhaustive (ATF du 26 octobre 2009, 8C_311/2009, consid. 4.1; ATF 134 V 109 consid. 10.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible;

- l'intensité des douleurs;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré

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/aa).

8. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de

l'expert (ATF du 21 juillet 2005, U 216/04, consid. 5.2; 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

9. A la lumière des considérants qui précèdent, il convient d'examiner s'il peut être établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles allégués par le recourant sont en lien de causalité avec l'accident survenu en septembre 2007.

a) Il n'est pas contesté que l'intervention chirurgicale a entraîné une algodystrophie. Il s'agit cependant de déterminer si celle-ci subsiste et peut expliquer les plaintes de l'assuré.

On note que les médecins de la CRR ont signalé que cette affection était sur le déclin en octobre 2008. La Dresse S _____, dans son rapport de juillet 2010, constate une disparition quasiment complète des signes d'algodystrophie. Le Dr U _____ a lui-même admis que les phénomènes algoneurodystrophiques étaient en voie de régression (cf. certificat du 22 octobre 2009). De plus, si l'on se réfère à l'évolution de cette maladie telle qu'elle a été décrite par le Dr A _____, il n'existe pas de réelle controverse doctrinale sur le déclin de l'algodystrophie. Ainsi, selon les auteurs auxquels on se réfère, la diminution des douleurs précède ou concorde avec la récupération de la mobilité. Or, les différents rapports versés au dossier démontrent dans le cas présent que la mobilité de l'épaule

gauche du recourant s'est assez rapidement améliorée: cela ressort tout d'abord des constatations des médecins et des physiothérapeutes de la CRR, qui ont fait état d'une progression importante des amplitudes articulaires de l'épaule gauche entre le début et la fin du séjour du recourant. A sa sortie de clinique, ce dernier a d'ailleurs lui-même déclaré à un inspecteur de l'intimée avoir recouvré une meilleure mobilité de l'épaule. C'est également le constat du Dr V_____ qui, lors de son examen du recourant en août 2009, a mesuré des amplitudes plus larges que ses confrères de la CRR. A cet égard, le Tribunal de céans souligne que le certificat du Dr C_____, qui a constaté une limitation résiduelle des amplitudes articulaires de l'épaule gauche du recourant, ne suffit pas à nier l'amélioration objective de la mobilité de l'épaule du recourant, établie par les spécialistes précités. En effet, ceux-ci ne prétendent pas que ce dernier a complètement recouvré l'usage de son épaule, mais que la mobilité de cette articulation s'est largement améliorée. Compte tenu des résultats de la scintigraphie, de l'amélioration objective de la mobilité, et des explications du Dr A_____ sur le décours de la maladie - que les spécialistes consultés par le recourant par la suite n'ont au demeurant pas contestées, force est de conclure que l'algodystrophie dont a souffert le recourant était en rémission quasiment complète à l'été 2009. Or, cette affection n'entraîne pas de douleurs à ce stade de la guérison et ne peut dès lors être à l'origine de celles dont se plaint le recourant.

b) Les douleurs du recourant ne pouvant être expliquées par un déficit organique résultant de l'accident, les Drs V_____, W_____ et A_____ ont conclu qu'elles relevaient de troubles psychiques. Il y a dès lors lieu de voir si l'événement du 16 septembre 2007 a pu induire de tels troubles, conformément aux critères mentionnés ci-dessus.

L'intimée a relevé que l'accident subi par le recourant était de gravité moyenne. On peut se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'un accident sans gravité, puisque la luxation s'est produite lors d'un plongeon volontaire d'une très faible hauteur. Cette question peut cependant rester ouverte en l'espèce car, quelle que soit la qualification que doit revêtir l'événement du 16 septembre 2007, les critères jurisprudentiels pour reconnaître un lien de causalité entre ce dernier et les troubles psychiques du recourant ne sont pas réunis en l'espèce.

En effet, à l'évidence, les circonstances n'étaient pas dramatiques et la luxation d'une épaule - qui s'est d'ailleurs remise en place spontanément, survenue lors de l'exercice d'une activité récréative courante, ne revêt pas un caractère impressionnant. Il n'est d'ailleurs pas anodin que l'employeur de l'assuré ait rempli une déclaration pour un accident-bagatelle à la suite de cet événement. Le déboîtement d'une articulation, même s'il implique une intervention chirurgicale, ne peut être considéré comme grave. On précisera d'ailleurs que l'algodystrophie ne revêt pas non plus de gravité particulière. S'agissant du traitement médical, le recourant a certes subi une opération et des séances de rééducation, notamment

dans le cadre de son séjour à la CRR. Il ne s'agit cependant pas d'un traitement lourd ou pénible, ni d'ailleurs particulièrement long (on rappelle que si l'opération n'a eu lieu que plusieurs mois après l'accident, le recourant n'avait suivi aucun traitement avant celle-ci). Rien ne permet non plus de conclure à des erreurs médicales ayant aggravé les séquelles de l'accident. Quant à l'importance de l'incapacité de travail, on constate que la prolongation de celle-ci ne s'explique pas par les lésions subies à l'épaule: le recourant exerce un emploi administratif, il est droitier et a subi une lésion à l'épaule gauche. On voit mal en quoi la poursuite de son activité professionnelle serait impossible en dépit des efforts qu'un assuré doit consentir en vertu de son obligation de diminuer le dommage. L'arrêt de travail prescrit par le Dr M_____ n'a d'ailleurs pas été ordonné en raison des troubles de l'épaule du recourant mais de problèmes de dépression. Ainsi, seul le critère de l'intensité des douleurs pourrait être retenu en l'espèce. Or, conformément à la jurisprudence précitée, seul un cumul des critères permet de retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident lorsque celui-ci est à la limite des accidents de peu de gravité, comme c'est le cas en l'espèce. On ne peut ainsi admettre un tel lien dans le présent cas, de sorte que l'intimée n'a pas à répondre des troubles psychiques du recourant.

Ce constat s'impose d'autant plus si l'on considère que la situation professionnelle du recourant s'est dégradée bien avant son accident, et qu'il nourrissait de nombreux doutes quant à sa carrière, comme il s'en est ouvert au Dr W_____. Le recourant a de plus déjà connu un épisode dépressif assez sérieux pour justifier une hospitalisation et une prise en charge thérapeutique, et il semble que celle-ci ait été interrompue non en raison du rétablissement complet du recourant, mais à la suite du déménagement de son thérapeute. Il paraît donc plus que vraisemblable que les troubles psychiques du recourant sont imputables avant tout à ces problèmes préexistants, aucunement liés à l'événement accidentel du 16 septembre 2007.

c) Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir écarté les avis de ses médecins traitants pour fonder sa décision sur une appréciation rendue par le Dr A_____ sans examen personnel.

Le Tribunal de céans relève que l'intimée a en réalité procédé à une instruction complète et poussée du cas. Sa décision ne se base pas exclusivement sur le rapport du Dr A_____, mais également sur les deux expertises qu'elle a confiées à ses médecins d'arrondissement. S'agissant du rapport du Dr V_____, ce dernier a ausculté le recourant, et a fondé son appréciation sur l'analyse des différents examens radiologiques effectués et de ses constatations objectives. Il a également établi une anamnèse complète. Il ressort de son rapport qu'il a également tenu compte des plaintes du recourant, avec lequel il a longuement discuté de son état de santé et de sa situation professionnelle. Les conclusions du Dr V_____, en tant qu'elles portent sur l'absence de déficit organique

permettant d'expliquer les douleurs alléguées par le recourant, sont convaincantes et motivées.

Les mêmes remarques peuvent être émises au sujet du rapport du Dr W_____. Celui-ci contient en effet une anamnèse complète, un compte-rendu détaillé des plaintes du recourant et des diagnostics précis des troubles psychiques du recourant, éléments sur lesquels se fondent les conclusions claires de ce spécialiste.

Quant au rapport rendu par le Dr A_____, il correspond parfaitement aux réquisits jurisprudentiels. Cet avis est en effet très complet, et a été établi sur la base de l'ensemble des pièces médicales du dossier. Les conclusions auxquelles est parvenu le Dr A_____ sont motivées et convaincantes, et elles sont de surcroît étayées par de nombreuses références à la doctrine médicale. Le seul fait qu'il ait été établi sur dossier, sans examen personnel du recourant, ne suffit pas à lui nier toute valeur probante, comme le rappelle la jurisprudence citée plus haut.

Le recourant reproche également à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des certificats établis par les Drs C_____ et U_____. Outre le fait que la jurisprudence commande d'apprécier les certificats établis par les médecins traitants d'assurés avec une certaine cautèle, ces avis ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante pour les motifs suivants. S'agissant de l'avis du Dr C_____, comme on l'a vu plus haut, le simple fait qu'il ait constaté une mobilité limitée de l'épaule du recourant ne se révèle pas en contradiction avec les conclusions des médecins d'arrondissement de l'intimée et du Dr A_____. Quant au fait que les médecins traitants du recourant déclarent que les douleurs du recourant sont liées à l'algodystrophie, il s'agit d'une simple affirmation qu'ils ne motivent guère et qu'ils ne corroborent par aucun examen radiologique ou scintigraphique qui permettrait de revenir sur les conclusions divergentes des autres spécialistes. Les certificats établis par les Drs C_____ et U_____ ne sont ainsi pas suffisants pour que l'on s'écarte des constatations des autres médecins.

10. Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations dues en cas d'accident au 25 octobre 2009.

Le recours sera donc rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

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

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Le déclare 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

Yaël BENZ

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

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