

GE_GERICHTE A/4161/2023 vom 4. November 2024

GE Cour de justice, 2024-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4161_2023

FR: GE_GERICHTE A/4161/2023 du 4 novembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/4161/2023 del 4 novembre 2024

Erwägungen

E. 6

juillet 2011), le docteur E_____, chef de clinique au service de radiologie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG) (rapport du 9 juin 2011), le docteur F_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG (rapports des 12 juillet 2011 et 2 octobre 2013), le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA (rapport du 15 août 2011), le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation (rapport du 15 mai 2012), le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (rapport du 5 juin 2014), la docteure I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, cheffe de clinique à l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique des HUG (rapports des 5 août 2014 et 27 février 2015). e. L'assuré a séjourné au sein de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG du 29 septembre au 28 octobre 2011 (lettre de sortie du 28 octobre 2011). Il a également effectué deux séjours à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), le premier du 29 novembre au 20 décembre 2011 (rapport du 17 janvier 2012 et rapport du 6 décembre 2011 du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin consultant à la CRR) et le second du 11 mars au 2 avril 2014 (rapport du 22 avril 2014 du docteur K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et ses annexes [rapport de radiographie de l'épaule gauche du 13 mars 2014 ; rapport du 20 mars 2014 du docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie ; rapport de scintigraphie osseuse du 18 mars 2014 ; rapport relatif à la consultation de l'assuré au centre de traitement de la douleur le 30 mars 2014 ; rapport à l'issue d'un consilium psychiatrique]). f. Le 9 octobre 2014, la docteure M_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport à la suite de l'examen de l'assuré du 8 octobre 2014, dans lequel elle a considéré que la situation était stabilisée à défaut d'une intervention. g. Par appréciation du même jour, la Dre M_____ a considéré que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à 17.5%, le cas de l'assuré étant légèrement plus marqué qu'une mobilité jusqu'à l'horizontale, étant rappelé qu'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale était équivalente à 15%. h. Le 28 novembre 2014, la SUVA a annoncé à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux, exception faite de la prise en charge de deux contrôles par année, de certains médicaments et du suivi au centre de la douleur jusqu'à fin février 2015. Le versement des indemnités journalières prendrait fin le 31 mars 2015, date à laquelle elle statuerait sur le droit à la rente de l'assuré. i. Le 28 mars 2017, le docteur N_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a informé la SUVA qu'une IRM cervicale et de l'épaule effectuée le 1^{er} février 2017 avait mis en exergue une arthrose acromio-claviculaire avec une minime composante inflammatoire. La mobilité du membre supérieur demeurait fortement diminuée et celle du rachis cervical également limitée. La reprise de la physiothérapie était préconisée. j. La SUVA a mis en œuvre une expertise et

mandaté le docteur O _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 28 juillet 2017, l'expert a retenu les diagnostics de cervicobrachialgies gauches atypiques avec une raideur de l'épaule et une sous-utilisation du membre supérieur gauche, ainsi que des gonalgies internes du genou droit. Le bilan radiologique n'avait pas permis de mettre en évidence un substrat anatomique à l'origine des symptômes. Les cervicobrachialgies avaient été causées, au degré de la vraisemblance prépondérante, par l'événement du 13 avril 2011 et les atteintes à la santé constatées ne reposaient pas sur un substrat organique. Le diagnostic de SDRC du membre supérieur gauche ne pouvait pas être confirmé au vu des éléments du dossier et de l'examen clinique. Au regard des séquelles de l'accident, la capacité de travail était de 100% dans une activité ne nécessitant pas le membre supérieur gauche au-dessus des épaules et le port de charges moyennes à lourdes, la montée des échelles, avec un rendement de 80%. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité était évaluée à 15%. Dans son complément d'expertise du 6 février 2018, le Dr O _____ a précisé que la symptomatologie initiale était clairement liée à l'événement du 13 avril 2011, mais qu'il n'existait pas de substrat organique ni d'autres causes permettant d'expliquer la symptomatologie actuelle. k. Par courrier du 27 septembre 2017, l'assuré a dénié toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr O _____. Il a transmis à la SUVA un rapport du 31 juillet 2017 de la docteure P _____, médecin cheffe de clinique aux HUG, et un rapport du 22 septembre 2017 du Dr N _____. B. a. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). b. Dans le cadre de son instruction, l'OAI a récolté de nombreux éléments médicaux, dont deux rapports du docteur Q _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation (rapports du 4 juin 2013) ; deux avis médicaux du service médical régional (ci-après : SMR) rédigés par le docteur R _____ (avis des 5 juillet 2013 et 6 avril 2016) ; deux rapports de la Dre I _____ (rapports des 27 février 2015 et 12 mai 2016) ; des rapports de la docteure S _____, psychiatre traitante (notamment un rapport du 24 mars 2015) ; un rapport des docteurs T _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et U _____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du SMR (rapport du 19 juin 2015) ; un rapport du docteur V _____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie (rapport du 12 juillet 2016). c. L'OAI a pris en charge les frais d'une orientation professionnelle auprès de l'ORIF, centre d'intégration et de formation, du 19 janvier au 17 avril 2015. Selon le rapport du centre ORIF du 1^{er} avril 2015, l'assuré, qui avait fait preuve d'une motivation certaine, ne se servait jamais de son bras gauche, qu'il disait ne pas pouvoir lever, et l'utilisation de sa main gauche occasionnait de fortes douleurs de l'avant-bras jusqu'aux cervicales. Le fait de se servir uniquement du bras droit entraînait des inflammations au niveau de l'épaule. Il ne supportait pas la position assise ou debout plus de 30 minutes en raison des douleurs cervicales, qui entraînaient d'importantes migraines et des vertiges, et engendraient une incapacité à se concentrer. En conclusion, les limitations fonctionnelles montrées par l'assuré durant la mesure ne correspondaient pas à celles énoncées dans le rapport de réadaptation. Il avait été convenu d'abandonner les objectifs initiaux et d'accompagner l'intéressé pour effectuer les démarches nécessaires lui permettant d'éclaircir sa situation médicale. d. L'OAI a également accordé à l'assuré une orientation professionnelle auprès de l'entreprise sociale privée PRO, prévue du 19 octobre 2015 au 17 janvier 2016. Il ressort du rapport d'évaluation du 23 mars 2016 que l'intéressé avait été absent 17 jours sur les 56 jours ouvrables de la mesure. À la suite de plusieurs arrêts maladie, le taux d'activité avait été réduit de 100% à 50%, puis à 25%, avant un arrêt de travail à 100%. Les limitations

constatées étaient très invalidantes. Cette situation confirmait l'incapacité de l'assuré à occuper un poste de façon durable, même dans un environnement protégé. e. Par décision du 12 janvier 2017, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger a octroyé à l'intéressé une rente entière dès le 1^{er} mai 2012, sous déduction des indemnités journalières versées.

C. a. Par décision du 30 mai 2018, confirmée sur opposition le 5 juillet 2018, la SUVA, s'appuyant sur les rapports du Dr O_____, a mis un terme au paiement des frais de traitement au 3 juin 2018 et au versement des indemnités journalières au 31 mars 2015, motif pris qu'il n'existait pas de séquelles ayant un lien de causalité adéquat avec l'accident. Ainsi, l'assuré ne pouvait bénéficier ni d'une rente ni d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par simplification, elle renonçait à demander la restitution de ladite indemnité, versée le 28 avril 2015. b. Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision du 5 juillet 2018, la chambre des assurances sociales a partiellement admis le recours, annulé ladite décision et renvoyé la cause à la SUVA pour qu'elle sollicite les rapports médicaux pertinents faisant défaut, notamment ceux obtenus par l'OAI durant les mesures d'ordre professionnel, et mette en œuvre une expertise (ATAS/138/2019 du 19 février 2019). En substance, elle a nié toute valeur probante aux rapports du Dr O_____, de sorte qu'aucune stabilisation de l'état de santé de l'assuré ne pouvait, en l'état du dossier, être admise. Elle a notamment relevé que le SDRC n'avait pas été pris en considération par l'expert, lequel s'était contenté de déclarer qu'il ne pouvait confirmer ce diagnostic, pourtant retenu par plusieurs médecins. Il n'était pas non plus possible, au vu des pièces du dossier, de se prononcer sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. c. La SUVA a mandaté les docteurs W_____, spécialiste FMH en neurologie, et X_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. d. Le 27 octobre 2020, le Dr W_____ a rendu son rapport d'expertise neurologique. Il s'est fondé sur l'anamnèse obtenue auprès de l'assuré, sur ses examens clinique et neurophysiologique effectués le 22 octobre 2020, ainsi que sur diverses pièces du dossier fournies par la SUVA, notamment les rapports des deux hospitalisations à la CRR et celui de la consultation neurologique de la Dre P_____ du « 25 juillet 2017 ». Il a retenu, à titre de diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail, des séquelles d'un traumatisme fermé de l'épaule gauche du 13 avril 2011 avec un status post-luxation gléno-humérale antéro-inférieure gauche, une fracture du processus coracoïdien gauche, une capsulite rétractile post-traumatique gauche, une sous-utilisation fonctionnelle du membre supérieur gauche et une absence de lésions neurologiques (radiculaire, plexulaire et tronculaire). L'expert a procédé à un examen neurologique et neurophysiologique avec la mise en œuvre d'un électroneuromyographe (ci-après : ENMG). Il a expliqué que le bilan neurophysiologique détaillé axé sur l'épaule gauche et le membre supérieur gauche était dans les limites physiologiques et écartait une compression du nerf ulnaire gauche dans la traversée du sillon épitrochléo-olécranien gauche. Aucun argument électrique ne militait en faveur d'une radiculopathie cervicale ni d'une plexopathie brachiale ni d'une mononeuropathie. Aucun signe de réinnervation n'attestait d'une éventuelle lésion nerveuse chronique. Concernant le bilan neurologique, l'expert a conclu qu'il ne reconnaissait aucune anomalie significative avec une amyotrophie de non utilisation « fonctionnelle » de l'épaule gauche et du membre supérieur gauche, seuls la main et l'avant-bras étaient sans particularité motrice. L'expert a précisé ne pas avoir observé d'amyotrophie focale liée à une lésion neurogène « uniquement de ab inusu », avec une parésie diffuse du membre supérieur gauche à prédominance proximale intriquée dans un syndrome douloureux séquellaire, l'assuré ne pouvant mobiliser adéquatement la racine du membre supérieur et l'épaule gauches. Les réflexes myotatiques étaient par contre présents, symétriques, avec un

déficit sensitif multimodal diffus algo-tactile et profond du membre supérieur gauche. L'expert n'a retenu aucune lésion neurologique impliquant le tableau clinique lié aux plaintes de l'assuré, tableau qui correspondait à une atteinte essentiellement fonctionnelle, la problématique étant peut-être sous-tendue par une pathologie ostéo-articulaire orthopédique. Au vu de l'échec des multiples approches thérapeutiques conservatrices, il proposait soit une mobilisation sous narcose, soit avec un bloc nerveux supra-scapulaire accompagné d'une mobilisation active assistée par un physiothérapeute. Une réinsertion professionnelle devait être contextualisée et était non réalisable chez un patient excluant son membre supérieur gauche de son schéma corporel. Une prise en charge chez un ergonome avec un soutien psychologique était à envisager dans les meilleurs délais. e. Le 3 février 2021, le Dr X _____ a rendu son rapport d'expertise orthopédique, basé sur l'anamnèse obtenue auprès de l'assuré, son examen clinique le 22 octobre 2020, et le dossier fourni par la SUVA, comprenant les différentes radiographies. L'expert a indiqué avoir demandé le 3 décembre 2020 une IRM. Il a également mis en annexe une liste des documents et rapports médicaux mis à sa disposition par la SUVA avec, parfois, des discussions. L'expert a retenu, comme diagnostics avec une influence sur l'état de santé actuel de l'assuré, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire gauche, une cervico-brachialgie gauche, un état anxieux et dépressif mixte, une macroprolactinome hypophysaire et une gonalgie droite à la suite d'une chondropathie. À titre de diagnostics sans influence sur l'état de santé actuel, il a retenu un status après un premier et unique épisode de luxation gléno-humérale gauche (2011), un status après réduction et immobilisation, une fracture non-déplacée de l'apophyse coracoïdienne, des lésions de Hill-Sachs et de Bankart et un status après capsulite rétractile (2011 - 2014). Après avoir présenté des anamnèses familiale, sociale, professionnelle et médico-chirurgicale, ainsi qu'un « rappel anamnétique », l'expert a décrit les plaintes de l'assuré. Ce dernier faisait état de douleurs permanentes principalement cervicales avec irradiation dans le membre supérieur gauche. Les douleurs irradiaient autant vers l'épaule et le membre supérieur que vers le crâne jusqu'à l'œil gauche. Il n'utilisait pratiquement plus son membre supérieur gauche et faisait toutes ses activités avec son membre supérieur droit. Il se plaignait également de douleurs dans la face interne du genou droit, qu'il avait de la peine à plier complètement. La situation était stationnaire depuis des années. À l'examen clinique, l'expert a notamment constaté une impossibilité d'effectuer un examen de l'épaule gauche qui était tenue sans arrêt immobile et collée contre le corps. L'examen était bloqué par une contre-contraction brusque à partir d'une flexion et abduction de 40°. Répondant aux questions de la SUVA relatives à l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes à la santé constatées et l'événement du 13 avril 2011, l'expert a expliqué qu'avaient été constatées aux urgences à la suite de la chute de l'assuré, une luxation de l'articulation gléno-humérale gauche, une petite lésion de Hill-Sachs, une petite lésion osseuse en forme d'une petite fracture-arrachement du coin antéro-inférieur (Bankart) et une fracture non-déplacée de l'apophyse coracoïde. Au moment de l'expertise, toutes ces atteintes, causées par l'événement du 13 avril 2011, étaient guéries et n'influençaient plus l'état de santé de l'assuré, dans la mesure où il n'y avait pas de récurrence d'une instabilité de l'épaule, que les lésions de la glène et de Hill-Sachs avaient disparu et que la fracture de l'apophyse coracoïdienne était consolidée. Suite à l'événement, des complications étaient apparues avec une capsulite rétractile et un syndrome épaule-main. Ladite capsulite était très sévère et avait duré trois ans, l'assuré ayant bénéficié d'une rééducation exceptionnellement importante. Le 27 juillet 2015, la docteure Y _____, médecin au SMR, [ndr : avis SMR du

5 août 2015] avait constaté une rotation passive de l'épaule à 40° et conclu que la capsulite rétractile s'était résolue. Concernant le syndrome épaule-main, ni les examens de neurologie, ni la scintigraphie, ni un traitement de Prednisone n'avaient permis d'objectiver ces douleurs. À partir de 2014, les importantes autolimitations de l'assuré ne se laissaient plus expliquer par des lésions séquellaires post-traumatiques de l'épaule. Quant aux gonalgies à droite et aux cervico-brachialgies, celles-ci avaient été annoncées secondairement. Du point de vue biomécanique, il n'était pas compréhensible que la chute ait pu endommager le genou droit et la colonne cervicale. Il n'existait pas de causalité naturelle et les multiples investigations n'avaient pas permis de démontrer un substrat organique. L'expert a ensuite répondu que, parmi les atteintes constatées, l'arthrose acromio-claviculaire gauche, la gonarthrose débutante au genou droit et l'adénome de l'hypophyse reposaient sur un substrat organique, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante. À la question de savoir si le diagnostic de SDRC du membre supérieur gauche pouvait être confirmé sur la base des éléments du dossier et de l'examen clinique, l'expert a répondu par la négative. Selon lui, le SDRC constituait une affection qui était « aujourd'hui mieux compris qu'il y a 10 ans » et qu'il convenait de prendre en compte les critères de diagnostics de Budapest pour l'établir. L'expert a alors expliqué « en appliquant ces critères et en se basant sur les résultats des nombreux examens du dossier, les critères diagnostiques qui sont exigés pour établir le diagnostic d'un CRPS [SDRC] n'étaient pas remplis. La scintigraphie était dans le passé l'outil de diagnostic le plus fiable. Plusieurs examens scintigraphiques ont été effectués mais dans aucun cas l'hypercaptation prouvant un CRPS n'a été démontré ». L'état de santé en rapport avec l'accident s'était stabilisé depuis 2014 et ne nécessitait plus de traitement. Les troubles liés à la maladie étaient stationnaires depuis 2015 et ne pouvaient plus être améliorés. En raison des troubles psychiatriques, l'assuré présentait une invalidité complète et, sur cette base, l'assurance-invalidité lui avait octroyé une rente entière depuis 2016. Aucune amélioration n'avait pu être observée malgré un traitement psychiatrique continu depuis des années, « les troubles psychiatriques étant incurables ». Concernant la capacité de travail, l'expert a indiqué que, depuis 2014, les séquelles de l'accident étaient guéries et qu'il n'y avait plus de séquelles liées au sinistre. Depuis ce dernier et jusqu'au 8 octobre 2014, il y avait une incapacité de travail de 100% pour toutes les activités professionnelles liées exclusivement à des troubles de santé provoqués par l'accident. Dans les années après l'accident, des « troubles de maladie non liés à l'accident » s'étaient développés (syndrome douloureux somatoforme permanent, état anxieux et dépressif, arthrose acromio-claviculaire, chondropathie du genou, compression intracrânienne par une tumeur cérébrale) et dominaient depuis 2014 le tableau clinique, conduisant à une incapacité de travail entière. De façon théorique, au regard des séquelles de l'accident, à partir du 8 octobre 2014, le travail habituel n'était pas exigible, mais la capacité de travail pour une activité adaptée était entière, en évitant de soulever des charges au-dessus du niveau de l'épaule, de travailler au-dessus de la tête, monter les escaliers ou des échafaudages et « limitation à soulever des poids d'une façon non-répétitive à 10 kg ». Depuis 2014, il n'existait plus de séquelles liées à l'accident et en 2016, l'assuré était entièrement invalide à la suite « de troubles de maladie ». L'expert a conclu que l'état de santé de l'assuré était actuellement stabilisé, l'AI lui ayant octroyé une rente entière depuis 2016. Il a notamment indiqué « au vu de la dominance des troubles de santé liés aux autres maladies, il n'est plus possible aujourd'hui d'estimer l'atteinte à l'intégrité physique durable liée à l'accident » et a proposé de maintenir la valeur de 17.5% pour l'atteinte à l'intégrité physique durable liée à l'accident. f. Par courrier du 26

avril 2021, l'assuré a dénié toute valeur probante aux rapports d'expertise. Le dossier n'avait pas fait l'objet d'une analyse consensuelle et les experts ne s'étaient pas accordés pour établir les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de manière concordante. L'orthopédiste avait retenu un syndrome douloureux somatoforme sans appliquer les critères jurisprudentiels en la matière et imputé la situation à des troubles psychiques sans qu'aucune expertise psychiatrique n'ait été réalisée. Il était parti de la prémisse erronée que l'assurance-invalidité lui avait accordé une rente entière d'invalidité en raison d'atteintes psychiques, ce qui n'était pas le cas. Les rapports médicaux au dossier n'avaient pas été discutés et les experts ne s'étaient pas prononcés sur l'évolution de son état de santé. Il a joint un certificat médical non daté de la docteure Z_____, médecin généraliste, relatant notamment des douleurs devenues permanentes, soit des cervicalgies avec des céphalées irradiant jusque derrière l'œil gauche et une névralgie cervico-brachiale gauche insomnante. g. Dans une appréciation neurologique du 24 juin 2021, le docteur AA_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil de la SUVA, a conclu à l'absence d'une atteinte nerveuse au niveau du membre supérieur gauche en lien de causalité avec l'accident, sur la base de l'expertise du Dr W_____. Les constatations de l'expert neurologique étaient quasiment superposables à l'examen ENMG effectué par le Dr L_____ en 2014. En conformité avec les constatations du Dr X_____, un trouble fonctionnel, sans substrat organique avéré, pouvait être apprécié. La proposition du Dr W_____ d'une mobilisation de l'épaule gauche sous narcose avait été expressément refusée par l'assuré. Au vu de l'évolution défavorable sur une dizaine d'années, d'autres mesures thérapeutiques n'étaient pas susceptibles d'améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré. h. Par courrier du 23 juin 2021, la SUVA a sollicité du Dr X_____ un complément d'expertise, l'invitant à indiquer quels étaient les critères de Budapest et en quoi ceux-ci n'étaient pas remplis dans le cas de l'assuré. i. Le 23 septembre 2021, le Dr X_____ a répondu que la compréhension du SDRC n'avait pas changé depuis ces dix dernières années. Dans les différents rapports de l'assuré, les symptômes cliniques du SDRC respectivement de l'algodystrophie étaient clairement décrits et avaient permis de confirmer l'exactitude du diagnostic, précisant que l'assuré avait été examiné exclusivement par des médecins très expérimentés et parfaitement familiarisés avec cette maladie. j. À la demande de la SUVA, le Dr W_____ a rendu un complément d'expertise le 25 octobre 2021, se prononçant notamment sur le certificat de la Dre Z_____. L'examen clinique et neurophysiologique écartait toute participation neurologique au tableau clinique suite à un traumatisme fermé de l'épaule gauche du 13 avril 2011 qui avait essentiellement et uniquement intéressé une problématique intrinsèque de l'épaule, les structures anatomiques, mais sans participation des structures extrinsèques neurologiques. k. Le 29 octobre 2021, l'assuré a notamment contesté avoir refusé la mobilisation sous narcose, contrairement aux indications du Dr X_____. l. La SUVA a sollicité à nouveau le Dr X_____, le complément d'expertise du 23 septembre 2021 n'ayant pas répondu aux questions précédemment posées. Elle lui a transmis les diverses observations de l'assuré. m. Par complément du 24 novembre 2021, le Dr X_____ a commenté les diverses remarques de l'assuré. Il a notamment indiqué que les résultats de la partie de l'expertise neurologique étaient mentionnés dans son expertise. L'assuré bénéficiait depuis 2016 d'une rente AI à 100% et toute tentative de réintégration professionnelle avait échoué. L'assuré était complètement inapte dans toute activité professionnelle et « même pour un chirurgien orthopédiste il est évident qu'il souffre de troubles psychiatriques graves ». Le Dr W_____ et lui-même n'avaient pas établi de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, parce que la cause de cette incapacité de

travail était de nature psychiatrique. Il avait retenu le syndrome douloureux somatoforme, car celui-ci était « posé par les médecins spécialisés de la douleur ». Il avait lu tous les rapports médicaux et en avait fait une synthèse sous la rubrique « synthèse du dossier ». Il avait noté dans son expertise que la rente AI avait été accordée en raison des troubles psychiques en se basant sur les informations fournies par l'assuré et le dossier transmis par la SUVA ne contenait pas les décisions de l'AI. Il ne s'était pas prononcé sur une éventuelle évolution de l'état de santé de l'assuré, puisque la situation était stationnaire, sans amélioration. Il a également précisé que l'examen de la mobilité de l'épaule sous anesthésie générale, que l'assuré refusait, était la seule manière de prendre position sur la situation, que sans cet examen « il ne sera jamais possible de connaître la vérité », et que l'assuré avait « tout intérêt à refuser cet examen qui aurait pu démontrer que la mobilité de son épaule n'était pas bloquée », étant rappelé que « l'IRM ne montrait aucune atrophie musculaire ». L'assuré avait, dans le passé et à plusieurs reprises, « trompé des médecins à propos des variations dans les amplitudes articulaires lors des différents examens ». Enfin, l'assuré souffrait d'un adénome de l'hypophyse et cette tumeur cérébrale pouvait créer des troubles psychiatriques. n. En date du 29 novembre 2021, le Dr X_____ a souhaité répondre une seconde fois aux questions complémentaires du 23 juin 2021 de la SUVA portant sur le diagnostic de CRPS du membre supérieur gauche, expliquant que, dans un premier temps, il n'avait pas compris l'utilité de cette question, celle-ci étant sortie de son contexte, et qu'en relisant son expertise, il avait enfin saisi la question. Il a tout d'abord répondu que cette question était suggestive, qu'il n'aurait jamais dû y répondre et qu'il supposait qu'elle avait été posée par l'avocate de l'assuré « dans le seul but de créer de la confusion ». L'assuré n'avait jamais souffert d'un CRPS, que ce soit en appliquant les connaissances pathophysiologiques du CRPS largement évoluées de ce jour, et en appliquant rétrospectivement les critères de Budapest. Il a énuméré ces derniers et les conditions à remplir pour poser le diagnostic de CRPS. Il a conclu qu'en analysant la description de l'examen clinique et radiologique, dans tous les rapports médicaux du dossier, les conditions exigées par ces critères n'avaient jamais été réalisées. Il a également indiqué qu'« il y a 10 ans, la scintigraphie était dans le diagnostic le golden standard . La scintigraphie était négative. Il y a 10 ans, une scintigraphie négative excluait avec certitude la présence d'un CRPS. Il n'y a aucun doute : M. A_____ n'a souffert à aucun moment d'un CRPS ». o. Par complément d'expertise du 24 janvier 2022, le Dr W_____ a expliqué que les causes d'une épaule douloureuse étaient multiples, à savoir ostéoarticulaire (luxation gléno-humérale), référée (pathologie cardio-vasculaire) ou neurologique. En se référant au tableau clinique de l'assuré, il avait estimé que la cause ostéoarticulaire était la plus probable. La confrontation des éléments cliniques et neurophysiologiques allait à l'encontre d'une quelconque atteinte neurologique, comme démontré dans l'expertise d'octobre 2020. Il persistait des séquelles d'un banal traumatisme de l'épaule gauche chez un patient qui avait mis au repos total son membre supérieur gauche. Ce repos avait entraîné progressivement une rétraction des structures tendineuses et ligamentaires qui mériterait une mobilisation de l'épaule sous narcose soit avec un bloc nerveux supra-scapulaire. Une réinsertion professionnelle devait être contextualisée, mais était difficilement réalisable chez un patient excluant le membre supérieur gauche. L'assuré devait être examiné par un psychiatre afin de réintégrer son membre supérieur gauche dans son schéma corporel et poursuivre l'approche thérapeutique physique, puisqu'il n'y avait aucune raison de ne pas reprendre une quelconque activité professionnelle, l'élément déterminant étant l'absence d'un contexte allant dans le sens d'une épaule douloureuse et parétique neurogène. p. Par observations du

7 mars 2022, l'assuré a contesté que les réponses des Drs X_____ et W_____ puissent être qualifiées de compléments d'expertise, leur contenu n'apportant aucun éclairage. Il a également soulevé les préjugés et le manque d'impartialité du Dr X_____ à son encontre. Le SMR avait toujours nié l'existence d'un trouble psychique incapacitant. En l'absence d'un tel trouble, son incapacité de travail, reconnue par le Dr X_____, découlait manifestement de l'accident dont répondait la SUVA. Il n'avait pas refusé l'examen proposé lors de l'expertise et la SUVA n'en avait d'ailleurs jamais fait mention. D. a. Par décision du 8 avril 2022, la SUVA a mis un terme au paiement des frais de traitement au 3 juin 2018 et maintenu la fin des indemnités journalières au 31 mars 2015, au motif que les expertises médicales montraient que des causes organiques ne suffisaient pas pour expliquer les troubles qui persistaient chez l'assuré. Au vu des critères déterminants, un lien de causalité adéquate n'était pas établi. En l'absence de séquelles ayant un rapport de causalité avec l'accident, l'intéressé n'avait pas le droit à une rente d'invalidité, ni à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Par simplification, elle renonçait toutefois à lui demander la restitution de ladite indemnité versée le 28 avril 2015. b. Le 20 mai 2022, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au réexamen de ses droits, avec une nouvelle expertise auprès de nouveaux experts, d'autres examens et spécialités étant nécessaires. En substance, l'assuré a contesté toute valeur probante aux expertises et compléments des Drs X_____ et W_____, et reproché à la SUVA d'avoir pris une décision basée uniquement sur ces documents. Il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où la SUVA n'avait pas pris en compte ses multiples courriers par lesquels il avait contesté la valeur probante des expertises. c. Par courrier du 25 août 2022, la SUVA a interpellé le Dr X_____, sollicitant un complément afin de lever une apparente contradiction dans son rapport du 3 février 2021. L'expert avait tout d'abord indiqué que les troubles liés à l'accident avaient guéri sans laisser de séquelles, puis il avait mentionné à la question n°12 qu'au regard des séquelles de l'accident, le travail habituel n'était pas exigible à partir du 8 octobre 2014. d. Par complément d'expertise du 26 septembre 2022, le Dr X_____ a indiqué qu'il s'agissait d'une erreur que d'avoir répondu à la question n° 12 de la SUVA, puisqu'il s'agissait d'une question suggestive et qui avait été posée uniquement dans le but de susciter la confusion et la contradiction. Il a ensuite expliqué que, jusqu'à l'accident de 2011, l'assuré exerçait l'activité d'installateur sanitaire, de sorte qu'il sollicitait particulièrement l'articulation de l'épaule et effectuait des activités au-dessus de la hauteur des épaules nécessitant de l'endurance. Cette endurance pouvait être limitée par un déséquilibre musculaire résiduel, un mouvement de compensation fixé ou une dyskinésie de la ceinture scapulaire, ce qui représentait une manifestation fonctionnelle. À partir de 2014, il était compréhensible que l'activité dans la profession d'origine n'était plus raisonnablement exigible, mais qu'une activité adaptée l'était à 100%. Pour pouvoir prouver au moment de l'expertise l'existence des lésions structurelles liées à l'accident de 2011, les examens disponibles étaient l'examen clinique (orthopédique et neurologique), les examens d'imagerie, et l'EMG. S'agissant de l'examen clinique, celui-ci se trouvait être le plus important en cas de status après une capsulite rétractile. Dans le cas de l'assuré, cet examen n'avait pas pu être pris en considération. La seule façon de pouvoir vérifier objectivement la mobilité était de procéder à un examen de la mobilité sous anesthésie. Cet examen était d'une importance capitale pour l'évaluation et l'intéressé l'avait refusé. S'agissant des examens d'imagerie, l'assuré se plaignait depuis l'accident de douleurs à l'épaule. Toutefois, l'IRM réalisée en 2021 n'avait montré aucune modification pathologique pouvant indiquer une lésion structurelle liée à l'accident. S'agissant de l'EMG, l'assuré se

plaignait depuis des années de paresthésies et de dysesthésies dans le membre supérieur, mais l'EMG, qui était la méthode d'examen la plus pertinente et la plus objective, était tout à fait normal. Il était permis d'émettre une certaine réserve quant à la crédibilité des plaintes, compte tenu de la divergence entre ces dernières et les résultats objectifs. Tous les examens réalisés lors de l'expertise et qui étaient exploitables n'avaient pas révélé d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique imputable à la chute survenue en 2011. e. Le 24 octobre 2022, l'assuré a derechef contesté toute valeur probante aux avis du Dr X_____. Le dernier complément démontrait que l'appréciation de ce médecin ne résultait pas d'une anamnèse complète ou d'une étude circonstanciée du dossier, et l'expert reconnaissait lui-même qu'à défaut de l'examen supplémentaire proposé, il était impossible de prendre position sur l'existence de lésions structurelles ou sur la mobilité de l'épaule. f. Par décision sur opposition du 17 novembre 2023, la SUVA a confirmé sa décision du 8 avril 2022 et rejeté l'opposition de l'assuré. La violation du droit d'être entendu était réparée par la décision sur opposition, laquelle répondait à tous les griefs de l'assuré. S'agissant des troubles psychiques de l'assuré, leur réalité, leur caractère incapacitant et leur lien de causalité naturelle avec l'accident pouvaient demeurer ouverts, dans la mesure où la causalité adéquate entre ceux-ci et l'accident du 13 avril 2011 pouvait d'emblée être niée. La chute de l'assuré devant être qualifiée de gravité moyenne, à la limite inférieure, les critères jurisprudentiels nécessaires n'étaient pas remplis. Concernant les troubles somatiques, les expertises des Drs W_____ et X_____ satisfaisaient parfaitement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Sur le plan neurologique, le Dr W_____ avait retenu que l'examen clinique et neurophysiologique écartait toute participation neurologique au tableau clinique suite à un traumatisme fermé de l'épaule gauche du 13 avril 2011, qui avait essentiellement et uniquement intéressé une problématique intrinsèque de l'épaule, sans participation des structures extrinsèques neurologiques. Quant au Dr X_____, il avait noté que les gonalgies à droite et les cervico-brachialgies avaient été annoncées secondairement. Du point de vue biomécanique, il n'était pas compréhensible que la chute ait pu endommager le genou droit et la colonne cervicale. Il n'existait pas de causalité naturelle. Les multiples investigations n'avaient pas permis de démontrer un substrat organique. Les omalgies à gauche s'expliquaient par une arthrose acromio-claviculaire d'origine dégénérative mise en lumière par IRM. Au moment de l'expertise, les blessures constatées à la suite de la chute de l'assuré (luxation de l'articulation gléno-humérale gauche, la petite lésion de Hill-Sachs, la petite lésion osseuse de Bankart, la fracture non-déplacée de l'apophyse coracoïde) étaient guéries et n'influençaient plus l'état de santé. Dans les suites de l'événement, l'assuré avait eu une capsulite rétractile sévère qui avait duré jusqu'en 2014, puis s'était résolue. Concernant le syndrome épaule-main (CRPS), ni les examens neurologiques, ni la scintigraphie, ni un traitement de Prednisone n'avaient permis d'objectiver ces douleurs. À partir de 2014, les importantes autolimitations de l'assuré ne se laissaient plus expliquer par des lésions séquellaires post-traumatiques de l'épaule. Quant à la pose du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant par le Dr X_____, son caractère correct ou non pouvait demeurer ouvert, car un lien de causalité adéquate faisait défaut. E. a. Par acte du 12 décembre 2023, l'assuré, représenté par son avocate, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation des décisions des 8 avril 2022 et 17 novembre 2023, à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2015, que

l'intimée devait continuer à prendre en charge tous ses frais médicaux en lien avec l'accident au-delà du 3 juin 2018, qu'il devait être mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et à ce que la cause soit renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant a fait grief à l'intimée d'avoir rendu une décision reposant uniquement sur les appréciations des Drs X_____ et W_____ alors que leurs expertises et compléments d'expertise étaient dénués de valeur probante. Il n'y avait pas eu d'appréciation consensuelle. Le Dr W_____ avait admis ne pas avoir pu procéder à un examen clinique complet, son rapport d'expertise ne comportait aucune anamnèse reflétant une étude circonstanciée du dossier ni d'analyse sur l'évolution de l'état de santé. Ce médecin avait relevé une mobilité réduite du genou avec boiterie sans la mentionner dans les diagnostics avec influence sur la capacité de travail, noté une parésie diffuse du membre supérieur gauche à prédominance proximale intriquée dans un syndrome douloureux séquellaire qui n'avait toutefois pas été investigué, et relevé qu'une réinsertion professionnelle était non réalisable, ce que l'intimée avait passé sous silence. Le Dr W_____ n'avait pas répondu aux questions posées par l'intimée, de sorte que son appréciation était incomplète. Le Dr X_____ n'avait pas effectué une étude circonstanciée du dossier et sa motivation était contradictoire. Il avait notamment conclu que les séquelles de l'accident seraient guéries depuis 2014, tout en retenant une capacité de travail résiduelle uniquement dans une activité adaptée en raison des atteintes découlant de l'accident, et en admettant un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 17.5%. Les compléments de ce médecin étaient également dénués de valeur probante. Les demandes de précisions de l'intimée démontraient les contradictions et le manque de motivation du rapport du Dr X_____. L'intimée avait admis le lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, versant des indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2015 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et en prenant en charge les frais de traitement jusqu'au 3 juin 2018. L'intimée n'ayant pas rendu vraisemblable un quelconque fait interruptif de causalité, il lui incombait de prendre en charge les suites de son accident. Le recourant a produit un bordereau de pièces. b. Dans sa réponse du 3 janvier 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le Dr X_____ avait discuté les différents avis médicaux au dossier, notamment ceux des auteurs ayant des opinions divergentes de la sienne. Il n'était pas contesté que les rapports principaux des experts, et même ceux obtenus ultérieurement, avaient soulevé des questions, mais après plusieurs échanges, il avait été répondu à satisfaction aux interrogations. Les experts avaient pris connaissance d'un dossier complet qu'ils avaient résumé. Selon le rapport d'expertise principal du Dr W_____, même si la mobilité de l'épaule gauche n'avait pu être appréciée à sa juste valeur, les tests réalisés avaient toutefois permis de retenir qu'ils n'entraînaient aucune douleur au niveau de la coiffe des rotateurs ni ne mettaient en évidence de conflit sous-acromial. De plus, la mobilité de l'épaule gauche en rotations interne et externe avait finalement pu être testée par le Dr X_____. Le Dr W_____ avait expliqué que l'accident assuré n'avait pas entraîné d'atteinte neurologique, de sorte que les questions de l'intimée auxquelles il n'avait pas répondu s'avéraient sans objet. S'agissant des rapports du Dr X_____, ce dernier s'était prononcé sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis l'accident jusqu'au jour de l'examen. Les contradictions avaient été levées dans son rapport du 26 septembre 2022. Concernant l'évaluation de la mobilité de l'épaule sous anesthésie générale, l'expert avait protocolé le refus du recourant de s'y soumettre. L'intéressé n'avait pas réagi dans sa réponse du 27 avril 2021 et ce n'était que dans son courrier du 29 octobre 2021 qu'il avait indiqué ne pas avoir refusé cet examen. Au vu de cette réaction tardive et du fait que l'intéressé n'avait aucunement pris contact

avec le Dr X_____ à ce sujet pour donner son accord, il y avait lieu de confirmer qu'il avait refusé la réalisation d'un tel examen. c. Le 7 février 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions. Les experts n'avaient pas pu procéder à un examen complet alors qu'ils avaient noté le contraire, préconisant des examens supplémentaires. Le Dr W_____ avait indiqué que la non-utilisation du membre supérieur gauche avait entraîné une rétractation des structures tendineuses et ligamentaires qui mériterait une mobilisation de l'épaule sous narcose avec un bloc nerveux supra-scapulaire, examen complémentaire qui n'avait pas été réalisé. Ce n'était qu'après son courrier d'avril 2021 qu'il lui avait été reproché un prétendu refus, de sorte qu'il avait tenu à rectifier cet élément à partir de ce moment-là. L'intimée n'avait jamais demandé la réalisation de cet examen, ne l'avait pas informé des potentiels dangers d'un tel examen, et n'avait pas plus investigué si celui-ci était exigible. Dans la mesure où le Dr X_____ estimait que cet examen était indispensable, elle aurait dû le demander expressément. Elle ne pouvait prendre position sur un dossier incomplet et sur la base de rapports dans lesquels les experts eux-mêmes concluaient à des investigations supplémentaires. d. Par duplique du 21 février 2024, l'intimée a maintenu ses conclusions. Sur le plan neurologique, la mobilisation de l'épaule sous narcose avait été préconisée par le Dr W_____ dans un but thérapeutique. Cette proposition n'était pas pertinente s'agissant de l'examen de la causalité des plaintes du recourant avec l'accident, dans la mesure où l'expert avait estimé qu'il n'y avait aucune lésion neurologique impliquant le tableau clinique lié aux plaintes. Quant au Dr X_____, il avait certes retenu que seul un examen de la mobilité sous anesthésie générale pourrait modifier le diagnostic de blocage simultané de l'articulation thoraco-humérale. Il avait toutefois été en mesure de retenir, sur la base de nombreux autres éléments, que les séquelles de l'accident avaient guéri en 2014. Concernant la remarque incorrecte du Dr X_____ sur le fait qu'il avait imputé les atteintes du recourant à des troubles psychiques, cette remarque s'en rapportait au volet asséculologique uniquement, de sorte qu'elle ne saurait jeter un quelconque doute quant aux conclusions de l'expert. e. Le 14 mars 2024, le recourant a fait valoir qu'il ne ressortait nullement du rapport d'expertise du 17 octobre 2020 que la mobilisation préconisée par le Dr W_____ avait uniquement un but thérapeutique et serait sans pertinence pour l'analyse du dossier. L'expert avait mentionné dans son rapport du 24 novembre 2021 qu'un examen sous narcose était la seule manière de prendre position sur la situation. Il a produit un rapport d'expertise médicale du 24 février 2024 du docteur AB_____, médecin généraliste et expert auprès de la Cour d'Appel de Chambéry, France, dans le cadre d'une procédure judiciaire française l'opposant à CNP Assurances SA. Il en ressort que ce médecin avait été commis expert sous les rubriques « médecine générale et médecine légale du vivant » par le Tribunal judiciaire de Bonneville dans la cause précitée. Il a énuméré les pièces communiquées, rappelé les faits et la prise en charge médicale, rapporté les doléances de l'intéressé et consigné le résultat de son examen clinique. Répondant aux questions posées par le tribunal, le Dr AB_____ a indiqué que la raideur sévère de l'épaule gauche, dans l'ensemble de ses axes, était comparable aux amplitudes articulaires décrites par les différents chirurgiens orthopédistes des HUG consultés de 2011 à 2017. L'importance de cette raideur séquellaire, imputable à l'accident du 13 avril 2011, sans participation d'un état antérieur, était incompatible avec l'exercice de toute profession, ainsi qu'avec la conduite automobile nécessaire pour se rendre sur un lieu de travail quelconque. L'intéressé n'avait pas la capacité de reprendre une activité professionnelle quelconque, à temps partiel, depuis le jour de son accident et ce, de manière définitive. f. Le 27 mars 2024, l'intimée a maintenu qu'un examen sous narcose n'était pas pertinent et indispensable, puisque le Dr X_____

avait déterminé qu'à partir de 2014, les importantes autolimitations du recourant ne se laissent plus expliquer par des lésions séquellaires post-traumatiques de l'épaule, dès lors que les séquelles de l'accident avaient guéri. S'agissant de l'expertise produite, elle ne saurait se voir conférer de valeur probante du fait que son auteur n'avait eu connaissance que de 25 pièces médicales alors que le dossier en comptait environ 80, et que les rapports d'expertise des Drs W_____ et X_____ n'avaient pas été portés à sa connaissance. g. Le 27 septembre 2024, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire qui serait confiée au docteur AC_____, spécialiste FMH en neurologie, et au professeur AD_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait aux experts. h. Par pli du 16 octobre 2024, le recourant a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre des experts et suggéré l'ajout de questions. i. Le 18 octobre 2024, l'intimée s'est opposée à la désignation du Prof. AD_____, lequel avait été à la tête du service de chirurgie des HUG au cours des années durant lesquelles le recourant y avait été traité. Il était donc inadéquat qu'il œuvre en tant qu'expert et soit amené, éventuellement, à contacter ses anciens collègues. Elle a proposé le nom d'un autre spécialiste en orthopédie, ainsi que la modification de certaines questions. j. En date du 24 octobre 2024, le recourant a considéré que la demande de changement d'expert orthopédique semblait infondée. Il a refusé l'expert suggéré par l'intimée et évoqué deux autres spécialistes.

EN DROIT 1. 1.1 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 matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 1.2 À teneur de l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège. La compétence ratione loci de la chambre de céans est également donnée, compte tenu du siège à Carouge de l'entreprise B_____, dernier employeur du recourant domicilié en France. 1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. 2. 2.1 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. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf . art. 82 a LPGA a contrario). 2.2 Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. L'accident étant survenu avant le 1^{er} janvier 2017, 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. 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement des frais de traitement au 3 juin 2018 et à celui des

indemnités journalières au 31 mars 2015, et à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. 4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). 4.1 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 4.1.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les suites indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5 ; ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5b/aa). 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 4.1.2 Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS pour Complex regional pain syndrome),

algodystrophie ou maladie de Sudeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple un état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) et c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.1 ; 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident ; il est en revanche déterminant que sur la base de constatations médicales effectuées en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et les références). La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées). Pour la validation du diagnostic, il est communément fait référence aux critères dits « de Budapest », qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes dans quatre domaines : sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs/oedème, moteurs/trophiques (arrêts du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 ; 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1). Lorsqu'il s'agit d'écarter le diagnostic, le médecin ou l'expert médical doit le faire après avoir analysé les critères de Budapest (arrêt du Tribunal fédéral 8C_863/2018 du 10 mars 2020 consid. 4.4 cité dans : David IONTA, Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et causalité en LAA, in Jusletter du 18 octobre 2021, p. 10). 4.1.3 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 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 ; 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).

4.2 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Il est attendu d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical. Enfin, son

rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). 4.3 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). Dans le contexte de la

suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

4.4 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

5. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au paiement des frais de traitement au 3 juin 2018 et à celui des indemnités journalières au 31 mars 2015, et a considéré que le recourant n'avait pas droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle, en renonçant toutefois à demander la restitution de ladite indemnité versée le 28 avril 2015.

5.1 L'intimée a entièrement fondé sa décision litigieuse sur le rapport d'expertise orthopédique du Dr X_____ du 3 février 2021, ses compléments d'expertise des 23 septembre 2021, 24 et 29 novembre 2021, et 26 septembre 2022, ainsi que sur le rapport d'expertise neurologique du Dr W_____ du 27 octobre 2020 et ses compléments des 25 octobre 2021 et 24 janvier 2022. Elle a conclu, sur le plan somatique, que les effets des lésions séquellaires post-traumatiques de l'épaule subies en raison de l'accident du 13 avril 2011 avaient cessé à partir de 2014 et que les atteintes n'étaient plus en lien avec le sinistre depuis lors. S'agissant des troubles psychiatriques, l'intimée a estimé que les questions de leur caractère incapacitant et de leur lien de causalité naturelle avec l'accident pouvaient demeurer indécisées, dans la mesure où la causalité adéquate entre ces troubles et l'accident pouvait être niée.

5.2 La chambre de céans constate que l'expertise du 3 février 2021 du Dr X_____ et ses compléments ne sauraient se voir reconnaître une quelconque valeur probante. En premier lieu, elle relève, à

la lecture des différents documents établis par le Dr X_____, que ce dernier n'a pas fait preuve de la retenue qui s'imposait à lui en sa qualité d'expert. Ses rapports n'ont pas été rédigés de manière sobre et modérée, et comportent de nombreuses qualifications dépréciatives et des jugements de valeur sur les personnes du recourant et de son conseil. À titre d'exemples, dans son complément d'expertise du 24 novembre 2021, l'expert a indiqué qu'« il est compréhensible que la représentante légale souhaite faire disparaître cette expertise. Ce n'est pas facile de représenter un client qui se plaint de douleurs dans son membre supérieur alors que l'examen neurologique est dans la norme physiologique et que le lendemain les plaintes ont disparu ». Il a ensuite mentionné que le recourant avait refusé de procéder à l'examen de la mobilité de l'épaule sous anesthésie générale et qu'il « avait tout intérêt à refuser cet examen qui aurait pu démontrer que la mobilité de son épaule n'était pas bloquée », ce qui revient à déclarer que l'intéressé simule une incapacité de bouger son membre supérieur. L'expert a encore affirmé que l'expertisé avait « trompé des médecins à propos des variations dans les amplitudes articulaires lors des différents examens ». Ces nombreux éléments péjoratifs remettent en cause l'impartialité de l'expert et la valeur probante de ses divers rapports. En second lieu, elle observe que l'expertise n'a pas été rédigée en pleine connaissance du dossier, puisque l'expert a indiqué dans son complément du 24 novembre 2021 ne pas avoir eu accès au dossier AI du recourant, dossier pourtant intégralement transmis à l'intimée. Compte tenu de cette omission, l'expert est parvenu à la conclusion erronée selon laquelle le recourant avait obtenu une rente sur la base de problèmes psychiatriques (cf . expertise du 3 février 2021 pp. 9 et 13). Or, ni le SMR, ni l'OAI n'ont retenu une incapacité de travail pour des troubles psychiques. En outre, l'expert n'a pas pris en considération les échecs des mesures professionnelles mises en place par l'OAI (cf . rapports du centre d'ORIF du 1 er avril 2015 et de PRO du 23 mars 2016), dont les rapports font état de l'incapacité du recourant dans toute activité, tout en relevant que celui-ci s'était montré volontaire et avait parfaitement collaboré. À cela viennent s'ajouter des contradictions et des incohérences dans le corps de l'expertise et de ses différents compléments. Le Dr X_____ a indiqué qu'à la suite du second séjour à la CRR, il était de nouveau confirmé qu'il n'y avait pas de signes en faveur d'un CRPS. Toutefois, le rapport établi à la suite de ce séjour fait état d'un syndrome épaule-main (cf . rapport du 22 avril 2014). De plus, le rapport rendu à la suite du premier séjour à la CRR relate le développement d'un CRPS (cf . rapport du 17 janvier 2022). Concernant les atteintes du recourant, l'expert a indiqué avoir notamment retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant à titre de diagnostics avec influence sur l'état de santé actuel (cf . expertise du 3 février 2021 p. 7), au motif que ce trouble avait été « posé par les médecins spécialisés de la douleur » (cf . complément d'expertise du 24 novembre 2021). Or, ce diagnostic n'a été consigné dans aucun rapport médical au dossier et n'a pas été mis en évidence par un psychiatre. Le rapport du 19 juin 2015 rendu par les médecins du SMR a par ailleurs conclu à une pleine capacité au niveau psychiatrique. De plus, en retenant l'existence d'un trouble psychiatrique et en concluant que les causes de l'incapacité de travail étaient de nature psychique, l'expert a outrepassé ses compétences (cf . complément d'expertise du 24 novembre 2021), étant précisé que cette appréciation n'est attestée par aucun rapport au dossier. De surcroît, en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert a cité une série de diagnostics avec une influence sur l'état de santé actuel (une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire gauche, une cervico-brachialgie gauche, un état anxieux et dépressif mixte, une macroprolactinome hypophysaire et une gonalgie droite à la suite d'une chondropathie [cf . expertise du 3 février 2021 p. 7]) et indiqué que

ces atteintes dominaient depuis 2014 le tableau clinique et conduisaient à une incapacité de travail entière (cf . expertise du 3 février 2021), mais il a paradoxalement retenu que la cause de l'incapacité de travail du recourant était uniquement de nature psychiatrique (cf . complément d'expertise du 24 novembre 2021). Il a également retenu, sans donner aucune explication, une compression intracrânienne par une tumeur cérébrale [faisant référence à l'adénome hypophysaire] (cf . expertise du 3 février 2021 p. 14). À cet égard, le Dr V_____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie, a indiqué que cette affection passait au second plan sur la capacité de travail du recourant (cf . rapport du 12 juillet 2016). S'agissant du membre inférieur droit, il convient de relever que l'expert a diagnostiqué une gonalgie droite à la suite d'une chondropathie, alors qu'il a indiqué dans la partie « analyses et interprétations des examens radiologiques » que l'IRM du 14 janvier 2020 démontrait des rotules centrées sans chondropathie. Il a en outre noté que l'IRM du 9 juin 2011 ne révélait pas de pathologie post-traumatique, ce qui semble être contredit par le rapport du Dr E_____ relatif à cette IRM, qui a constaté une petite fissure méniscale. Le Dr X_____ n'a donc pas expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il considérait que les atteintes influençant l'état de santé n'étaient plus dues à l'accident du 13 avril 2011. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a conclu que, depuis 2014, les séquelles de l'accident avaient été guéries, puis a mentionné qu'à partir du

E. 6.1

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

E. 6.1.1

Dates d'apparition 7. Capacité de travail 7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ? 7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ? 7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ? 7.2.1 Veuillez indiquer / décrire les types d'activités adaptées. 7.2.2 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ? 7.2.3 La personne expertisée subit-elle une diminution de rendement dans l'exercice de son activité habituelle ? Si oui, pour quelle raison et quel est le pourcentage de cette diminution de rendement ? 7.2.4 La personne expertisée subit-elle une diminution de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ? Si oui, pour quelle raison et quel est le pourcentage de cette diminution de rendement ?

E. 8

Traitement

E. 8.1

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

E. 8.2

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

E. 8.3

Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

E. 8.4

Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

E. 8.5

Un traitement médical est-il nécessaire pour le maintien de l'état de santé actuel ? Le cas échéant, lequel ?

E. 8.6

Quel est le pronostic ? Le cas échéant, quels sont les risques d'aggravation ?

E. 9

Atteinte à l'intégrité

E. 9.1

La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

E. 9.2

Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA pour chaque atteinte et globalement ?

E. 9.3

Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité.

E. 10

Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 10.1

Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr X_____ (expertise orthopédique) / du Dr W_____ (expertise neurologique) ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée de la personne expertisée au regard des séquelles de l'accident du 13 avril 2011 ? Veuillez motiver votre réponse.

E. 11

Autres facteurs Suite à l'accident du 13 avril 2011 :

E. 11.1

Les lésions apparues sont-elles graves ?

E. 11.2

Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?

E. 11.3

Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

E. 11.4

Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

E. 11.5

Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

E. 11.6

Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

E. 12

Quel est le pronostic ?

E. 13

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

E. 14

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. IV. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes problématiques ayant des interférences entre elles, notamment les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail. V. Invite les experts à déposer leur rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans. VI. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. VII. 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 Melina CHODYNIECKI La présidente Joanna JODRY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.