

# **GE\_GERICHTE ATAS/1036/2017 vom 20. November 2017**

GE Cour de justice, 2017-11-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1036\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1036_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1036/2017 du 20 novembre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1036/2017 del 20 novembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

A/821/2017 - 16/24 -

### **E. 3**

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante 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.

### **E. 4**

Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 27 novembre 2009 et les troubles des membres supérieurs, respectivement sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 31 mars 2011.

### **E. 5**

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 et ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes

les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

## **E. 6**

a. 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 exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). b. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

A/821/2017 - 17/24 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). d. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante

n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). e. Si un facteur extérieur n'a fait que déclencher les symptômes d'une lésion assimilée à un accident, le droit aux prestations prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine, c'est à dire le caractère désormais exclusivement dégénératif ou maladif de l'atteinte à la santé, est clairement établi; le degré de la vraisemblance prépondérante ne suffit pas, sans quoi l'on se trouverait à nouveau

A/821/2017 - 18/24 - confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette lésion (cf. arrêts 8C\_357\_2007 du 31 janvier 2008 consid. 2, U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2, U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3).

## **E. 7**

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. 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

A/821/2017 - 19/24 - de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). e. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). g. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

## **E. 8**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

A/821/2017 - 20/24 -

## **E. 9**

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits

déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

## **E. 10**

a. Selon la littérature médicale (Quand faut-il opérer une rupture de la coiffe des rotateurs ?, par A. DJAHANGIRI et A. FARRON in *Revue Médicale Suisse* 2009 p. 2551ss), la rupture de la coiffe des rotateurs peut être d'origine traumatique, dégénérative ou mixte. Les ruptures traumatiques font suite à des chutes sur le moignon de l'épaule ou des mouvements d'abduction contrariés. Les ruptures dégénératives surviennent chez des sujets plus âgés, et sont souvent associées à un rétrécissement de l'espace sous-acromial (acromion crochu ou avec ostéophyte). Des traumatismes parfois mineurs peuvent dans ces conditions provoquer des ruptures plus ou moins complètes de la coiffe (p. 2552). Il existe une corrélation

A/821/2017 - 21/24 - significative entre l'âge et la survenue d'une atteinte de la coiffe des rotateurs. La prévalence de rupture chez les sujets asymptomatiques est de 20 % entre 60 et 70 ans, et atteint même 50 % chez les individus entre 70 et 80 ans. Il existe un délai moyen de dix ans entre l'âge d'apparition d'omalgie sur tendinopathie de la coiffe sans rupture (49 ans) et l'âge moyen d'apparition d'une rupture de la coiffe unilatérale (59 ans) et près de vingt ans pour une bilatérale (68 ans ; p. 2551 et 2552). b. D'après la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 496/00 du 8 juin 2001 consid. 3b), l'expérience médicale démontre que la lésion de la coiffe des rotateurs est pratiquement toujours - sauf dans le cas de « rupture » - l'aboutissement d'un processus dégénératif qui, à la suite d'une occurrence

fortuite, devient symptomatique (cf. aussi ATF 123 V 44 consid. 2a). Or, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) dont font partie les ruptures de la coiffe des rotateurs (let. f), sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références). Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2).

## **E. 11**

A la suite de l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 4 novembre 2015 (ATAS/836/2015), l'intimée a mis en œuvre une nouvelle expertise orthopédique, confiée au Dr Q\_\_\_\_\_, lequel est spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'expert a rendu son rapport le 2 septembre 2016. Celui-ci, fondé sur un examen du recourant, les pièces du dossier, complétées par deux IRM des épaules des 26 et 29 août 2016, comprend une anamnèse complète, une description détaillée des plaintes et du status, des diagnostics précis, une interprétation approfondie des radiographies et des conclusions claires et bien motivées, de sorte qu'il répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu pleine valeur probante. L'expert a considéré que le recourant avait travaillé dans des métiers physiques sollicitant les épaules et aboutissant fréquemment à des tendinopathies douloureuses et / ou invalidantes ; il a relevé que le recourant avait dû consulter avant l'accident, soit en 2008 pour des douleurs diffuses qui touchaient déjà l'épaule droite, ce qui permettait de dire que le recourant débutait à cette époque des tendinopathies dégénératives du sus-épineux ddc. La chute du recourant, avec contusion postérieure du moignon des deux épaules n'était pas appropriée pour léser une telle structure (comme le serait le cas d'un mouvement d'abduction contre résistance ou une compression de l'espace sous-acromial).

A/821/2017 - 22/24 - Après avoir analysé les documents radiologiques, l'expert a conclu que les IRM des deux épaules ne montraient aucun signe de lésion fraîche en 2010 et une évolution en 2016 très comparable aux lésions constatées initialement. D'ailleurs, le Dr D\_\_\_\_\_ avait relevé, après l'accident, des amplitudes fonctionnelles complètes des deux épaules, ce qui allait aussi dans le même sens. La chute n'avait pas induit d'aggravation déterminante ; le recourant avait opéré une fixation psychique sur les lésions initiales. Du côté droit il n'y avait pas de déchirure transfixiante, même partielle, et la lésion partielle du tendon à gauche n'était pas traumatique mais correspondait à une délamination progressive dégénérative, soit exclusivement dégénérative. La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité mais totale dans une activité adaptée soit se passant en dessous de l'horizontale, en appui des membres supérieurs à manipuler des petits objets inférieurs à 3 kg ; le statu quo sine avait été atteint six mois au maximum après l'évènement, celui-ci ayant révélé des tendinopathies dégénératives des deux épaules ; l'accident avait entraîné des contusions cervico-lombaires, des contusions postérieures des deux épaules et une entorse du pouce gauche. S'agissant du pouce gauche, le recourant avait une mobilité complète de l'articulation, sans douleurs. Ce rapport d'expertise n'a été contesté par aucun autre médecin ; en particulier, le Dr R\_\_\_\_\_, orthopédiste traitant du recourant, questionné

par la chambre de céans, a indiqué qu'il ne s'était jamais occupé du problème aux épaules du recourant. Le recourant conteste le lien établi par l'expert entre son activité dans des métiers physiques et les lésions aux épaules, en particulier l'affirmation qu'en 2008 il était en train de débiter des tendinopathies dégénératives du sus-épineux ; à cet égard, l'expert a relevé que le recourant avait consulté avant l'accident en raison de douleurs poly-articulaires dont des douleurs à l'épaule droite que le Dr D\_\_\_\_\_ avait jugées compatibles avec un conflit sous acromial avec tendinite du sus-épineux, ce que le recourant ne conteste pas. Il est ainsi avéré que le recourant présentait des douleurs à l'épaule droite antérieures à l'accident et attribuées selon son médecin traitant vraisemblablement à une tendinite du sus-épineux, fait issu de l'anamnèse médicale ayant été prise en compte par l'expert, à côté d'autres éléments comme la description de l'accident et l'analyse des documents radiologiques ; tous ces éléments lui ont permis de conclure à la présence, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la date du 31 mars 2011, d'une atteinte exclusivement dégénérative, une aggravation de l'état antérieur étant très largement couverte jusqu'à cette date. Dans le même sens, le Dr D\_\_\_\_\_, que le recourant a consulté après l'accident, avait également indiqué que l'accident avait provoqué des contusions multiples sans gravité et une vraisemblable entorse du pouce gauche dans un contexte où une

A/821/2017 - 23/24 - tendance à l'aggravation ne pouvait être exclue (avis du 4 janvier 2010) et – après l'IRM du 5 janvier 2010 constatant une rupture des deux tendons supra-spinatus droite et gauche – que l'accident avait probablement provoqué une décompensation de tendinopathie chronique des supra-épineux qui était peu symptomatique, la chute dans les escaliers n'ayant pu, de façon probable, provoquer une lésion tendineuse bilatérale (rapport du 18 janvier 2010). Au demeurant, la chambre de céans constate que l'expert a établi de façon convaincante et motivée, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'origine malade des lésions aux deux épaules du recourant, l'accident n'ayant qu'aggravé momentanément l'état antérieur.

#### **E. 12**

En conséquence, la décision litigieuse, laquelle met fin aux prestations de l'intimée au 31 mars 2011, ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté.

#### **E. 13**

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/821/2017 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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