

# **GE\_GERICHTE ATAS/505/2022 vom 1. Juni 2022**

GE Cour de justice, 2022-06-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_505\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_505_2022)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/505/2022 du 1 juin 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/505/2022 del 1 giugno 2022

## **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), 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. 2.1**

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.

### **E. 2.2**

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

### **E. 2.3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA).

### **E. 2.4**

Après réception de la décision sur opposition le 22 octobre 2021, le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le 22 novembre 2022, le dernier jour du délai tombant un dimanche (21 novembre 2021). Posté le 22 novembre 2021, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

### **E. 3**

Dans la mesure où les accidents sont survenus les 27 août 2019 et 27 janvier 2020, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 (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 depuis le 1er janvier 2017.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations d'assurance au-delà du 31 janvier 2021.

### **E. 4.1**

et les références).

#### **E. 4.2**

Dans un arrêt 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss.; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

#### **E. 4.3**

En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimée que les événements des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 sont constitutifs d'accident au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins dans le dossier litigieux tombent sous la liste de l'art. 6 al. 2 LAA puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1; ci-après : consid. 5.2 et 5.3).

#### **E. 5**

Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51 précité, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020, étant précisé qu'en relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

#### **E. 5.1**

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

A/3981/2021 - 9/18 - l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante,

appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

### **E. 5.2**

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

### **E. 5.3**

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral

A/3981/2021 - 10/18 - 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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). À noter que le *statu quo sine* est également atteint lorsqu'après un deuxième accident, l'état de santé correspond à nouveau à celui qui existait au moment de la fin du droit aux prestations provisoires (traitement médical et indemnités journalières) allouées suite à un premier accident (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.2.1; Doris WOLLENWEIDER/ Andreas BRUNNER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éditeurs], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 10 ad art. 36 LAA).

### **E. 5.4**

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).

### **E. 6.1**

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).

### **E. 6.2**

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

A/3981/2021 - 11/18 - son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

#### **E. 6.2.1**

Ainsi, 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

### **E. 6.2.2**

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

A/3981/2021 - 12/18 - 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.

### **E. 6.2.3**

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

### **E. 7**

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).

### **E. 8.1**

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

A/3981/2021 - 13/18 - 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).

### **E. 8.2**

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) 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 corresponde 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

### **E. 9**

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 des assurances 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).

#### **E. 10**

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le

A/3981/2021 - 14/18 - Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

#### **E. 11.1**

Faisant siennes les appréciations des 20 janvier et 1er décembre 2021 du Dr I\_\_\_\_\_, l'intimée considère que le statu quo sine était rétabli le 20 janvier 2021, et qu'ainsi, elle était en droit de mettre un terme à l'octroi des prestations avec effet au 31 janvier 2021.

#### **E. 11.2**

Pour sa part, la recourante conteste implicitement la survenance du statu quo sine le 20 janvier 2021 car elle présenterait toujours, au-delà du 31 janvier 2021, des troubles et des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche (port de charges limité à 5kg) nécessitant, selon la Dresse D\_\_\_\_\_, la poursuite de la physiothérapie et, selon le Dr H\_\_\_\_\_, une intervention chirurgicale à cette épaule.

#### **E. 11.3**

À cet égard, il ressort des éléments radiologiques du dossier, composés des IRM des 5 novembre 2019 et 16 septembre 2020, qu'il existait, sur chacun de ces documents d'imagerie, des remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire, un épanchement articulaire gléno-huméral (en diminution par rapport au 5 novembre 2019) ainsi qu'une lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoidienne (en augmentation par rapport au 5 novembre 2019). Pour le reste, les IRM précitées, réalisées l'une après le premier accident et l'autre après le second accident, ont également pour point commun de ne révéler aucune anomalie tendineuse autre que celle qui concerne le seul tendon du sus-épineux, avec toutefois des diagnostics légèrement différents, la première IRM évoquant une fissuration focale non transfixiante de la face superficielle de l'enthèse du tendon du sus-épineux sur 4mm d'axe antéropostérieur et la seconde l'apparition d'une

fissuration interstitielle de la jonction myotendineuse du supra-épineux, associée à un hypersignal STIR au sein du tendon à ce niveau, sans que la fissuration focale de la face superficielle de l'enthèse du tendon du sus-épineux du 5 novembre 2019 soit retrouvée. En ce qui concerne la lecture et/ou l'interprétation qui est faite de ces rapports IRM, la chambre de céans constate que tant le Dr I\_\_\_\_\_ que le Dr H\_\_\_\_\_ s'accordent à dire que les IRM réalisées à dix mois d'intervalle sont comparables, mais pas pour les mêmes raisons, le premier étant d'avis que ces IRM objectivent

A/3981/2021 - 15/18 - l'une et l'autre une arthrose acromio-claviculaire ainsi qu'une fissuration de la face superficielle du tendon du sus-épineux correspondant à un état dégénératif préexistant (avis du 20 janvier 2021), le second estimant pour sa part, dans ses rapports des 3 novembre 2020 et 30 janvier 2021, qu'elles illustrent une « lésion partielle intra-articulaire du tendon sus-épineux [...], une lésion partielle de la face profonde du tendon sous-scapulaire », que ces lésions tendineuses ont probablement été provoquées par le premier accident et ont en tout cas été décompensées par le second accident et qu'il existe, pour le surplus, une arthropathie acromio-claviculaire cliniquement muette. On relève en outre que nonobstant les termes « fissuration focale non transfixiante [...] » employés par le radiologue C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 novembre 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ évoque une lésion transfixiante de l'infra-épineux. Dans la mesure où il n'appartient pas au juge de tirer des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 1080 du 13 avril 2007 consid. 4.2), la chambre de céans ne saurait prendre position sur la question de savoir s'il convient, à l'instar du Dr I\_\_\_\_\_, de s'en tenir à une lecture stricte des rapports IRM précités ou si les images qui les sous-tendent objectiveraient, cas échéant, des lésions tendineuses plus étendues et/ou l'origine traumatique de ces lésions du fait de l'accident du 27 août 2019 (cf. les rapports précités des Drs I\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_). Toujours est-il que dans un rapport du 16 décembre 2020 à l'intimée (pièce 32 intimée), le Dr H\_\_\_\_\_ indiquait que pour les lésions des tendons de la coiffe de l'épaule gauche, une opération était prévue, incluant donc la lésion du sus-épineux à l'état maladif préexistant – aux dires du Dr I\_\_\_\_\_ – à laquelle s'étaient ajoutés des « dégâts traumatiques ou aggravants » du fait de « l'action délétère » des accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 (cf. l'avis du 1er décembre 2021 du Dr I\_\_\_\_\_). Dans ce même avis, le Dr I\_\_\_\_\_ indique également, à propos de l'opération envisagée, qu'il serait hasardeux d'admettre que les troubles nécessitant cette intervention chirurgicale se résumeraient au seul problème de la fissuration interstitielle du tendon du sus-épineux et qu'à cet égard, le cas ne serait « pas clair » et de toute manière « pas traumatique ». En raisonnant de la sorte, le Dr I\_\_\_\_\_ et, à sa suite, l'intimée, ne tiennent toutefois pas compte du fait qu'une causalité partielle entre ladite intervention et les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 suffirait : selon la jurisprudence en effet, les causes pertinentes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA comprennent également les circonstances dans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Une atteinte traumatique dommageable fonde ainsi un droit aux prestations d'assurance même lorsque sans l'événement assuré, le dommage serait survenu tôt ou tard et qu'ainsi, l'accident constitue la condition sine qua non uniquement pour ce qui concerne le moment de la survenance du dommage. En revanche, la situation est différente si l'accident ne constitue qu'une cause occasionnelle ou fortuite – qui rend manifeste un risque présent qui aurait

A/3981/2021 - 16/18 - pu se produire à tout moment – et qu'il est dépourvu de toute portée propre d'un point de vue causal (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2016 du 7 juillet 2016

consid. 4.1.1 ; Doris VOLLENWEIDER, Andreas BRUNNER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, n. 19 ad art. 36 LAA). Dès lors que le Dr I\_\_\_\_\_ a considéré que les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 avaient eu une « action délétère » et que la fissuration interstitielle du tendon du sus-épineux constituait – à tout le moins – l’une des causes de l’intervention chirurgicale programmée pour le 2 février 2021 (pièce 34 intimée), l’appréciation de ce même médecin, selon laquelle le statu quo sine aurait été atteint le 20 janvier 2021 – du seul fait qu’une aggravation traumatique passagère d’un état maladif préexistant est par principe limitée dans le temps – apparaît insuffisamment motivée et partant douteuse, dès lors qu’elle implique qu’il serait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la nécessité de l’intervention en question se serait manifestée en février 2021 également, même sans les événements assurés des 27 août 2019 et 27 janvier 2020. Or, ce dernier point n’a précisément fait l’objet d’aucune mesure d’instruction de la part de l’intimée, en particulier d’aucune comparaison avec l’épaule droite.

#### **E. 11.4**

La jurisprudence rappelée notamment par l’arrêt 8C\_337/2016 précité impliquerait les conséquences suivantes pour le cas d’espèce : si le besoin d’un traitement médical des troubles de l’épaule gauche – qui était toujours d’actualité le 31 janvier 2021 – et l’indication opératoire (voire une opération effectuée dans l’intervalle) étaient apparus plus tôt que cela aurait été le cas sans les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020, l’intimée serait tenue de prendre en charge les coûts de ce traitement (art. 10 LAA), incluant les frais de ladite intervention, ainsi qu’une éventuelle incapacité de travail associée (art. 16 LAA). Tant et aussi longtemps qu’il s’avérerait que les suites des accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 constituent encore une cause, même partielle, d’un traitement médical et/ou d’une incapacité de travail, l’intimée devrait fournir des prestations d’assurance à la recourante, et ce jusqu’à ce qu’il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes causées par cet accident ne constitueraient plus une cause, même partielle, des troubles de l’épaule gauche de la recourante et qu’ainsi, son atteinte à la santé ne s’expliquerait plus que par les causes antérieures aux événements des 27 août 2019 et 27 janvier 2020.

#### **E. 12.1**

Vu l’absence de valeur probante des appréciations du Dr I\_\_\_\_\_, on ne saurait conclure au degré de la vraisemblance prépondérante, que les accidents des 27 août 2019 et 27 janvier 2020 auraient cessé d’être la cause, même partielle, des troubles de l’épaule gauche après le 31 janvier 2021, soit la date fixée par l’intimée pour la cessation de l’octroi de prestations à la recourante. Pour le surplus, la chambre de céans ne saurait pas non plus se fonder sur les rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ne serait-ce qu’au vu de la lecture singulière des IRM à

A/3981/2021 - 17/18 - laquelle ces médecins se livrent, sans toutefois qu’ils s’en expliquent (cf. ci-dessus : consid. 11.3).

#### **E. 12.2**

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n’est pas en mesure de trancher le fond du litige. Vu l’absence d’avis médicaux probants notamment sur la question litigieuse de l’éventuelle survenance du statu quo sine, il se justifie de renvoyer la cause à l’intimée afin qu’elle procède à des investigations complémentaires en vue d’établir d’office l’ensemble

des faits déterminants et, le cas échéant, qu'elle administre les preuves nécessaires, au besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

**E. 13**

Partant, le recours sera partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**E. 14**

Étant donné que la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS E 5 10.03). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 LPGA et 89H al. 1 LPA).

\*\*\*\*\*

A/3981/2021 - 18/18 - 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.