

# **GE\_GERICHTE ATAS/553/2017 vom 27. Juni 2017**

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_553\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_553_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/553/2017 du 27 juin 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/553/2017 del 27 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 2**

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

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et

A/2359/2016 - 19/28 - 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA – RS/GE E 5 10]).

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si l'assureur est tenue de prendre en charge les atteintes aux deux épaules de l'assuré après le 31 juillet 2015, singulièrement sur l'existence du lien de causalité entre ces lésions et les événements des

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

### **E. 6**

a. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est

exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). b. La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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

A/2359/2016 - 20/28 - consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2). c. Les ruptures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses qui figurent dans la liste de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b).

## **E. 7**

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. 8**

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. 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. 9**

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.

A/2359/2016 - 21/28 - 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).

### **E. 10**

Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral U.162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral U.220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

### **E. 11**

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 U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

## E. 12

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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).

A/2359/2016 - 22/28 - 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. 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). c. 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 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). 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

A/2359/2016 - 23/28 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

### **E. 13**

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. 14**

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 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. 15**

En l'occurrence, il n'est pas discutable, au vu de la jurisprudence, que les ruptures de la coiffe des rotateurs des deux épaules dont souffre l'assuré constituent des lésions assimilées à un accident, pour autant que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne soit pas clairement établie. Il convient dès lors de déterminer si ces lésions peuvent être rattachées à l'accident du 5 novembre 2010 s'agissant de l'épaule droite, et/ou à celui des 27 juin et

### **E. 17**

L'assureur a alors mandaté le Dr K\_\_\_\_\_, lequel a établi un rapport d'expertise le 5 novembre 2015. S'agissant du choix de recourir à une expertise, on relèvera, au préalable, que l'assureur a, par décision incidente du 11 mars 2015, confirmé son intention de procéder à une expertise, et désigné ledit médecin en tant qu'expert. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision, de sorte qu'elle est entrée en force. Ci-après, il y a lieu d'examiner si le rapport du Dr K\_\_\_\_\_, sur lequel se fonde en partie l'assureur, doit se voir conférer pleine valeur probante, ce que conteste l'assuré.

### **E. 18**

a. L'assuré reproche à l'expert de ne pas avoir indiqué dans son rapport les documents que lui avait soumis l'assureur, si bien qu'il ne pouvait savoir si le médecin s'était appuyé sur

l'ensemble de son dossier. La chambre de céans observe que le rapport d'expertise du 5 novembre 2015 se base sur un examen personnel effectué le 6 août 2015, sur les documents remis – certes non identifiés nommément, mais lesquels consistent en des rapports asséculologiques LAA, des rapports médicaux, radiologiques, juridiques, dont l'arrêt de renvoi, et les appréciations des Drs J\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, ainsi que sur l'anamnèse (personnelle, socioprofessionnelle et actuelle). En outre, les plaintes de

A/2359/2016 - 25/28 - l'assuré, lesquelles correspondent à celles décrites par les médecins traitants (soit douleurs violentes, y compris durant la nuit, restriction de la mobilité), sont relatées. b. Cela étant, dans son appréciation, se référant aux données médicales de l'assuré et à la littérature, le Dr K\_\_\_\_\_ a confirmé les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs (sus-épineux, sous-épineux, la partie supérieure du muscle sous- scapulaire), ainsi que l'avaient déjà constaté les Drs J\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, et les médecins traitants, puisque les Drs H\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ ont également fait état de l'aspect dégénératif de la coiffe des rotateurs (cf. rapports des 15 novembre 2010, 2 novembre 2011, 14 août 2012, et 12 février 2013). Le Dr K\_\_\_\_\_ a conclu qu'aucun élément objectif démontrait que les accidents avaient entraîné les lésions de la coiffe des rotateurs, qualifiées de « pathologie grave, massive, bilatérale et préexistante », de sorte que les accidents avaient uniquement été des facteurs déclenchants, non déterminants, et ont rendu symptomatiques ces lésions préexistantes. La causalité était, selon lui, aléatoire tant pour la lésion du LCB que pour l'ensemble de la coiffe des rotateurs, laquelle serait de toute manière survenue lors d'un mouvement banal de la vie quotidienne. Les accidents n'avaient « que révélé une pathologie préexistante ». Sur cette base, il n'y avait pas lieu de fixer le statu quo. La conclusion de l'expert ne convainc pas à un double égard. En premier lieu, selon le rapport du Dr J\_\_\_\_\_, dont il convient de rappeler que rien ne permet de douter de sa crédibilité et dont la valeur probante a été admise par la chambre de céans dans son arrêt du 9 septembre 2014 (ATAS/991/2014), les accidents en cause étaient peut-être susceptibles de léser un tendon, déjà fragilisé, de la coiffe des rotateurs, qui pouvait rester asymptomatique ou peu symptomatique pendant de nombreuses années. En retenant que les accidents avaient été des facteurs déclenchants, rendant symptomatiques les lésions préexistantes, le Dr K\_\_\_\_\_ se contredit lorsqu'il conclut qu'aucun élément objectif démontrait l'implication des accidents dans les lésions de la coiffe des rotateurs. Ledit expert a, du reste, indiqué que l'assuré ne s'était jamais plaint de douleurs au niveau des épaules avant les événements accidentels. Certes, on ne saurait retenir un lien de causalité naturelle, au motif que les symptômes sont apparus après un accident, ce qui reviendrait à se fonder sur le principe « post hoc ergo propter hoc », lequel n'autorise pas l'établissement d'un tel lien (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 4.3). Toutefois, quand bien même l'atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs, corroborée par l'échec des opérations chirurgicales, exerce une influence sur les douleurs éprouvées par l'assuré, il n'est pas exclu que les accidents des 5 novembre 2010 et 27 juin 2011 aient, au moins, déclenché les symptômes persistants dont souffre l'assuré après ces dates, et révélé les lésions dégénératives préexistantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_688/2015 du 21 mars 2016 consid. 6; 8C\_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 5). À cet égard, le

A/2359/2016 - 26/28 - Dr K\_\_\_\_\_, lui-même, note que les accidents avaient révélé et rendu symptomatiques des lésions dégénératives préexistantes. En second lieu, le Dr K\_\_\_\_\_ a estimé que la causalité était aléatoire tant pour la lésion du LCB que pour l'ensemble de la coiffe des rotateurs. Bien qu'il ait mentionné que « les ruptures spontanées du tendon du

[LCB] isolées, sans lésions associées de la coiffe des rotateurs, sont de moins de 4% de toutes les lésions et surviennent dans les traumatismes à haute voire très haute énergie », force est de constater que l'expert n'a pas fourni d'explications détaillées sur les raisons pour lesquelles il divergeait de l'avis des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, lesquels avaient admis un lien de causalité entre les accidents et la lésion du LCB, alors même que l'état dégénératif préexistant de la coiffe des rotateurs était mis en évidence. c. Quant à la Dresse B\_\_\_\_\_, outre le fait qu'il convient de tenir compte de sa qualité de médecin traitant de l'assuré, son avis selon lequel l'événement du 17 août 2011 a joué un rôle déterminant sur l'évolution de l'épaule gauche, et sur lequel l'assuré s'appuie encore, n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. On répétera, en effet, que tant le Dr I\_\_\_\_\_ que le Dr J\_\_\_\_\_ ont exposé que cet accident n'avait pas provoqué d'aggravation de l'épaule gauche, en comparant l'échographie du 4 juillet 2011 et celle du 31 août 2011, dont les constatations étaient quasi superposables. Il convient dès lors de retenir que les douleurs à l'épaule gauche ne sont pas imputables à l'événement du 17 août 2011.

#### **E. 19**

Faute d'être suffisamment motivées, et étant contradictoires, les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ doivent, par conséquent, être écartées. La chambre de céans constate, partant, que la problématique posée dans son arrêt de renvoi du 9 septembre 2014 demeure sans réponse. Il convient de rappeler que, si pour la lésion du LCB, l'effet délétère des accidents est à considérer comme éteint quatre mois après leur survenance, soit le 5 mars 2011 pour l'épaule droite, et le 27 octobre 2011 s'agissant de l'épaule gauche (statu quo sine), il n'est pas clairement établi quand le statu quo sine des atteintes – même dégénératives - de la coiffe des rotateurs a été rétabli, puisqu'en l'état du dossier, il n'est pas exclu de façon certaine que celles-ci ont pu se manifester lors des accidents ou ont été aggravées par ces derniers (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2014 du 9 février 2015 consid. 3.2). Interrogé à cet égard, vu la valeur non probante du rapport du Dr K\_\_\_\_\_, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué le 12 janvier 2017 que l'évènement du 5 novembre 2010 ou celui du 27 juin 2011 avait « possiblement/probablement décompensé de manière transitoire l'état dégénératif persistant des deux épaules », de sorte qu'il y a lieu d'admettre un lien de causalité entre les événements et les atteintes à la coiffe des rotateurs des deux épaules, ce quand bien même l'état dégénératif était préexistant. La chambre de céans ne voit pas de contradiction dans les indications du Dr J\_\_\_\_\_, lorsqu'il affirme, d'une part, que la pathologie de la coiffe des rotateurs était manifestement d'origine dégénérative, et, d'autre part, que le délai d'attente du statu quo ante sine pour chacun des évènements était de trois-quatre

A/2359/2016 - 27/28 - mois au maximum. En effet, il a retenu que les évènements sont venus décompenser, de façon possible ou probable, un état dégénératif, et ce de manière transitoire. Du reste, le Dr J\_\_\_\_\_ le confirme, lorsqu'il répond à la question 3 posée par la chambre de céans dans son courrier du 29 novembre 2016 et formulée comme suit : « à quel moment le statu quo sine a été rétabli, si les troubles à la coiffe des rotateurs des deux épaules sont en partie liés aux accidents ». Il n'aurait pas eu à y répondre si les troubles à la coiffe des rotateurs des deux épaules revêtaient un caractère exclusivement dégénératif.

#### **E. 20**

Reste à déterminer si l'assureur était en droit de mettre fin à ses prestations le 31 juillet 2015. a. Selon la jurisprudence, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). b. 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 (cf. 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 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).

#### **E. 21**

En l'espèce, l'assureur a, par décision du 4 avril 2016, confirmée sur opposition le 7 juin 2016, cessé le droit aux prestations pour le traitement médical et les indemnités journalières le 31 juillet 2015, après avoir retenu que la prise en charge des troubles affectant l'épaule droite aurait dû prendre fin le 5 mars 2011, et celle de l'épaule gauche le 27 octobre 2011. Ce faisant, elle a supprimé, avec effet ex nunc et pro futuro, la prise en charge du traitement et a renoncé à réclamer la restitution des prestations allouées précédemment. Il résulte de ce qui précède que le statu quo sine des lésions à la coiffe des rotateurs est atteint trois-quatre mois au maximum après chacun des événements, soit en mars 2011 pour le premier et en novembre 2011 pour le second, de sorte que la décision litigieuse ne peut être que confirmée.

#### **E. 22**

Le recours est, par conséquent, rejeté.

A/2359/2016 - 28/28 - 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.