

# **GE\_GERICHTE ATAS/991/2014 vom 9. September 2014**

GE Cour de justice, 2014-09-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_991\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_991_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/991/2014 du 9 septembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/991/2014 del 9 settembre 2014

## **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; RS 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

A/244/2014 - 16/26 - 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**

février 2014 pour le recourant. Le délai de 30 jours arrivant à échéance le samedi 1er février 2014, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit, soit en l'occurrence le lundi 3 février 2014 (art. 38 al. 3 et 60 al. 2 LPGA). Les recours interviennent en temps utile et sont donc recevables, car interjetés au surplus en la forme prévue par la loi (art. 56ss LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si les lésions présentées par le recourant au niveau de ses épaules doivent être prises en charge par l'intimée postérieurement au

### **E. 5**

a. 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 ; 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). 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

A/244/2014 - 17/26 - 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 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2008 du 11 mars 2009). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; 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. 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; 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 ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). b. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, 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: les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h). 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).

A/244/2014 - 18/26 - La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs- accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. 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 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008). En outre, si l'on peut admettre qu'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 malade 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). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Toutefois, les 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. Sinon, on se trouverait à nouveau 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 atteinte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade

A/244/2014 - 19/26 - ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

## **E. 6**

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). 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 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 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. Etant

A/244/2014 - 20/26 - 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). 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. A 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 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

#### **E. 7**

Enfin, 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**

En l'occurrence, l'intimée se fonde sur le rapport d'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ pour retenir que les troubles de la coiffe des rotateurs des deux épaules ne sont pas en relation de causalité avec les accidents assurés. Concernant les lésions des LCB, elle fixe le statu quo sine à quatre mois des événements, soit au 5 mars 2011 pour le sinistre affectant l'épaule droite, respectivement au 27 octobre 2011 pour celui relatif à l'épaule gauche. Il convient donc de se déterminer en premier lieu sur la valeur probante du rapport d'expertise.

#### **E. 9**

La chambre de céans observe que ce document est basé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier, lequel comporte tous les rapports et documents

A/244/2014 - 21/26 - radiologiques pertinents. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'exams approfondis et un nouveau bilan radiologique des épaules a été effectué. Les plaintes du recourant ont été prises en compte et le spécialiste a procédé à une discussion et à une appréciation du cas détaillées. Ses conclusions sont fondées sur des explications circonstanciées et sérieusement motivées, de sorte qu'elles semblent des plus convaincantes.

#### **E. 10**

a. Le recourant nie toute valeur probante à ce document, au motif notamment qu'il n'a pas été informé quant au nombre de mandats confiés à l'expert et met ainsi en doute l'impartialité de ce dernier. La chambre de céans rappelle toutefois que le fait qu'un expert soit régulièrement chargé par des compagnies d'assurance d'établir des rapports d'expertise ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à son manque d'objectivité et à sa partialité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_112/2010 du 17 août 2010 consid. 4.1 et les références). A défaut d'invoquer le moindre argument susceptible de douter de la neutralité de l'expert, la chambre de céans ne peut que conclure que cette critique est infondée. b. Le recourant fait ensuite grief à l'expert d'écartier les références au score de CONSTANT, référence pour l'évaluation fonctionnelle de l'épaule, « au motif d'une étude japonaise dont on ne sait rien ». Il rappelle à cet égard que sa médecin- traitant a fait état d'une excellente force à 15 kg avant le premier accident de l'épaule gauche et a considéré qu'un éventuel état antérieur était totalement asymptotique (rapport du 10 décembre 2012). La chambre de

céans relève cependant que le Dr J\_\_\_\_\_ s'est expressément prononcé sur ce point dans son expertise, soulignant qu'il n'y avait pas de corrélation entre le degré d'atteinte d'une coiffe et la force que pouvait développer une épaule, en raison de la synergie possible entre les divers muscles, précisant en outre que cet élément avait été cité à réitérées reprises dans la littérature. L'absence de références à cet égard n'est pas suffisante pour douter des conclusions de l'expert, motivées et cohérentes. c. Le recourant se réfère enfin au rapport du 4 novembre 2013 de sa médecin- traitant pour contester les conclusions du rapport d'expertise. La Dresse B\_\_\_\_\_ a relevé dans son rapport, s'agissant de l'épaule droite, que les lésions dégénératives des tendons étaient totalement asymptomatiques et que le recourant avait pu pratiquer son activité sans restriction jusqu'au moment du premier accident. Une telle argumentation, basée sur un raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» n'est pas suffisante pour permettre de douter des conclusions de l'expert selon lesquelles le recourant présenterait un important état maladif préexistant. La médecin-traitant a ensuite exposé qu'il était clairement établi que le recourant avait subi un traumatisme ayant créé une rupture aiguë du LCB. Etant rappelé que l'expert a conclu qu'il n'était pas exclu (relation causale possible/probable) que

A/244/2014 - 22/26 - l'événement du 5 novembre 2010 ait généré la rupture du LCB et qu'il a ainsi également retenu l'existence d'un lien de causalité, la divergence d'opinions entre la Dresse B\_\_\_\_\_ et l'expert quant à la probabilité de ce rapport de causalité est sans importance. La médecin-traitant a encore relevé que l'échographie avait décrit une déchirure transfixiante du sus-épineux. La chambre de céans rappelle que cet élément était parfaitement connu de l'expert qui en a tenu compte dans son évaluation. Il a toutefois souligné que l'atrophie du muscle sus-épineux révélait une dysfonction de longue date, que l'importante rétraction du tendon témoignait également d'une lésion ancienne, que l'aspect du trochiter attestait d'un processus dégénératif chronique et que l'hyperostose acromiale confirmait un conflit sous-acromial chronique. Cette remarque de la médecin-traitant n'est donc pas de nature à faire douter des conclusions de l'expert. S'agissant de l'épaule gauche, la Dresse B\_\_\_\_\_ a mentionné que la notion d'entorse était discutable car le traumatisme avait entraîné une rupture du LCB et car une rupture du sus-épineux et du sous-épineux avait été objectivée. Il est rappelé que l'expert a lui aussi retenu que l'événement du 27 juin 2011 pouvait être à l'origine de la lésion du LCB, tout en motivant les raisons pour lesquelles il était d'avis que ce tendon était déjà fragilisé de longue date. Il a également expliqué que la coiffe des rotateurs était atteinte d'un état maladif préexistant puisque, entre autre, l'échographie du 26 septembre 2011 avait mis en exergue une amyotrophie musculaire et une dégénérescence graisseuse avancée. L'appréciation divergente de la médecin-traitant quant au diagnostic n'est donc pas propre à remettre en cause les explications précises et circonstanciées de l'expert. Au demeurant, il est relevé que l'appréciation de l'expert quant à l'important état maladif préexistant est corroborée par le rapport du Dr I\_\_\_\_\_, lequel a mentionné qu'il était évident que les deux épaules présentaient un état dégénératif préexistant (rapport du 19 novembre 2012).

## **E. 11**

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, contrairement à ce que soutient l'intimée, ce document ne permet pas de nier tout lien de causalité naturelle entre les accidents assurés et les lésions de la coiffe des rotateurs des deux épaules, étant rappelé que l'on ne saurait se fonder sur une simple vraisemblance

prépondérante en présence de lésions assimilées. En effet, le Dr J\_\_\_\_\_ a retenu, s'agissant de l'atteinte affectant la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, que « l'action vulnérante qu'a subi son épaule droite (...) correspondant vraisemblablement à un mouvement en porte à faux freiné de manière abrupte (en rattrapant 20-30 kgs de viande), fut peut-être susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs. Probablement pas un tendon sain, mais peut-être un tendon déjà fragilisé ». Il a conclu que le lien de causalité naturelle

A/244/2014 - 23/26 - entre l'accident du 5 novembre 2010 et la lésion paraissait « hautement, voire très hautement, improbable ». Concernant l'épaule gauche, l'expert a tenu le même raisonnement : « L'événement du 27 juin 2011, en tout point similaire à celui du 5 novembre 2010, a aussi généré une action vulnérante indirecte (porte à faux) sur ladite épaule, susceptible de léser un tendon ». Il a retenu que le lien de causalité naturelle entre le deuxième sinistre et la lésion paraissait « hautement, voire très hautement, improbable ». Bien que le Dr J\_\_\_\_\_ ait mentionné qu'il lui paraissait évident que la lésion de la coiffe des rotateurs qui siégeait à l'épaule gauche s'était constituée bien avant les événements assurés, tout comme celle de l'épaule droite, et qu'il ait souligné l'importance de l'atteinte malade préexistante, force est de relever qu'il n'exclut pas pour autant que les accidents aient pu léser un tendon de la coiffe des rotateurs. Dans une récente affaire comportant de nombreuses similitudes avec la présente procédure, notre Haute cour a confirmé un jugement admettant l'existence d'une lésion assimilée à un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2013 du 24 juin 2014). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a rappelé les explications exposées par l'expert qui avait été mandaté par l'assureur-accidents, à savoir que « l'action vulnérante de l'événement lui paraissait certes susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs vu la manière dont l'assuré avait chuté et la surcharge pondérale de celui-ci (BMI à 40) ; d'autres éléments en défaveur de cette hypothèse l'amenaient toutefois à conclure qu'un lien de causalité entre la chute et l'atteinte à l'épaule droite était invraisemblable - il en voulait pour preuve la présence d'une tendinopathie chronique aux deux épaules, plus importante à droite qu'à gauche, ainsi que d'une arthrose acromio-claviculaire, l'existence d'éléments de non organicité, l'âge de l'assuré au moment de la lésion (62 ans) et, enfin, certaines caractéristiques visibles à l'IRM telles qu'une atrophie du corps charnu du sus-épineux, l'étendue de la rétraction tendineuse ainsi que l'aspect scléreux du trochiter ». Notre Haute cour en a conclu que ce médecin avait ainsi « expressément reconnu que la chute à hauteur d'homme de l'assuré, présentant de surcroît une importante surcharge pondérale, était susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs ». Elle a ajouté que selon les déclarations du médecin-traitant de l'assuré, dont rien ne permettait de douter de leur crédibilité, l'assuré ne s'était jamais plaint de douleurs au niveau des épaules avant l'accident assuré. En outre, il avait ressenti des douleurs et présentait une impotence fonctionnelle immédiatement après avoir chuté sur son épaule droite. La chambre de céans observe que, dans le cas d'espèce, l'appréciation de l'expert est analogue puisqu'il retient lui aussi que « l'action vulnérante (...) fut peut-être susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs », avant de mentionner que l'atrophie du corps charnu du muscle sus-épineux révélait une dysfonction de longue date, que la rétraction du moignon tendineux était beaucoup trop importante pour une lésion présumée fraîche, que l'aspect du sommet du trochiter démontrait l'existence d'un processus dégénératif régulier, que l'hyperostose acromiale

A/244/2014 - 24/26 - confirmait un conflit sous-acromial chronique. De surcroit, il ressort également des faits de la cause que les symptômes ont été déclenchés par une cause extérieure, en l'occurrence l'accident du 5 novembre 2010 concernant l'épaule droite et celui du 27 juin 2011 concernant la gauche, puisque le recourant n'a jamais présenté auparavant de douleurs aux épaules, comme l'atteste son médecin-traitant. Compte tenu de la jurisprudence précitée, la chambre de céans ne peut que retenir que les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ ne permettent pas de déduire que les lésions de la coiffe des rotateurs seraient exclusivement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Dans ces circonstances, elles doivent être assimilées à un accident et leur prise en charge incombe à l'intimée, aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, à l'exclusion d'une origine accidentelle. Il est au surplus observé que le Dr I\_\_\_\_\_ a également exposé qu'il était possible que les tendons du sus et du sous-épineux aient subi une déchirure complémentaire, même partielle (rapport du 19 novembre 2012).

#### **E. 12**

Reste donc à examiner si les status quo ante vel sine ont été atteints et ce, en tenant compte des diagnostics relatifs aux LCB, mais également des lésions touchant les coiffes des rotateurs des deux épaules. a. La chambre de céans observe que les status quo tels que retenus par l'expert ne sont pas pertinents pour l'issue du litige puisqu'ils ont été fixés pour les seules lésions des LCB, sans tenir compte de l'évolution de l'atteinte des coiffes des rotateurs. Partant, c'est à tort que l'intimée a estimé que les status quo avaient été atteints le 5 mars 2011 pour le premier sinistre et le 27 octobre 2011 pour le deuxième. b. Concernant les autres documents produits dans le cadre de la présente procédure, il sied de relever que, dans son rapport du 19 novembre 2012, le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu que les accidents des 5 novembre 2010 et 27 juin 2011 avaient provisoirement aggravé les importants troubles dégénératifs préexistants, et a fixé le statu quo sine à la fin de l'année 2012, sans toutefois justifier ses conclusions. Quant à la Dresse B\_\_\_\_\_, elle a contesté, dans ses rapports des 10 décembre 2012 et 4 novembre 2013, les status quo tels que définis par le Dr I\_\_\_\_\_ et par l'expert, mais n'a pas non plus livré d'argumentation à ce propos. A défaut de motivation suffisante, force est de conclure que ces documents ne permettent pas de définir si les troubles dont souffre le recourant ont encore une origine accidentelle ou si, au contraire, ils relèvent exclusivement d'une origine malade ou dégénérative, le cas échéant depuis quand.

#### **E. 13**

A toutes fins utiles, la chambre de céans relève encore que l'intimée n'a pas mis un terme à ses prestations « ex nunc et pro futuro », puisqu'elle a mentionné, dans sa décision litigieuse, y mettre fin au 5 mars 2011 pour les affections de l'épaule droite et au 27 octobre 2011 pour celles de l'épaule gauche. Conformément à la

A/244/2014 - 25/26 - jurisprudence fédérale (cf. ATF 133 V 57 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_376/2007 du 20 juin 2008 consid. 5.2), elle aurait dû se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), ce qu'elle n'a pas fait.

#### **E. 14**

Les recours sont donc admis et la décision sur opposition du 17 décembre 2013 est annulée, car les lésions présentées par le recourant à son épaule droite suite à son accident du 5 octobre 2010 et celles affectant son épaule gauche suite au sinistre du 27 juin 2011 doivent être assimilées à un accident. La cause est renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision.

**E. 15**

Une indemnité de CHF 1'800.- est allouée au recourant, représenté par un mandataire, qui obtient gain de cause. En revanche, la recourante agit en personne et ne peut donc prétendre à des dépens.

**E. 16**

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

A/244/2014 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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