

## **GE\_GERICHTE A/2231/2019 vom 8. April 2020**

GE Cour de justice, 2020-04-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2231\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2231_2019)

FR: GE\_GERICHTE A/2231/2019 du 8 avril 2020

IT: GE\_GERICHTE A/2231/2019 del 8 aprile 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Franco FOGLIA recourant contre HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1961, a chuté sur son épaule droite le 27 août 2012 alors qu'il marchait sur un chemin enneigé et glacé à Gstaad. Il était alors couvert par Helsana Assurances SA (ci-après Helsana) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels, du fait de son emploi auprès de B\_\_\_\_\_ (ci-après l'employeur). 2. Selon un rapport établi le 14 décembre 2012 par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin-chef du service d'orthopédie du Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique SA (G.H.O.L), l'assuré souffrait d'une déchirure transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite et avait fait l'objet, le même jour, d'une arthroscopie de l'épaule droite avec acromioplastie antérieure et fixation arthroscopique du tendon sus-épineux. 3. Le 4 janvier 2018, alors qu'il était dorénavant couvert par Generali Assurances (ci-après Generali), l'assuré a, à nouveau, glissé dans la neige et violemment chuté sur son épaule droite. 4. Le 16 janvier 2019, Helsana a informé l'assuré que suite à son accident du 27 août 2012, il avait perçu des prestations de sa part au titre de l'assurance-accidents obligatoire. Elle avait clos le cas le 9 janvier 2013. S'agissant d'une rechute, il était prié de demander à son employeur actuel de remplir le questionnaire en cas de rechute. 5. L'employeur de l'assuré, qui était resté le même qu'en 2012, a annoncé l'accident du 4 janvier 2018 à Generali, le 29 janvier 2018. 6. À teneur d'un rapport établi le 5 février 2018 par le Dr C\_\_\_\_\_, l'assuré avait chuté trois semaines auparavant avec réception sur l'épaule droite. Le médecin concluait à une tendinopathie du supra-épineux compliquée d'une fissure profonde à extension interstitielle qui ne paraissait pas être transfixiante, à une arthrose acromio-claviculaire et à une bursite sous-acromio-deltoïdienne. Il avait procédé à une intervention chirurgicale qui nécessitait une mobilisation prudente passive pendant six semaines et pas de force sur le biceps pendant trois mois. 7. À teneur d'un rapport médical établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 17 mai 2018, le diagnostic était une « redéchirure » traumatique du tendon sus-épineux de l'épaule droite; status post ancienne fixation du sus-épineux en 2012. 8. Generali a confié une expertise du cas au docteur D\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique FMH. 9. Le Dr C\_\_\_\_\_ a informé le Dr D\_\_\_\_\_, le 30 octobre 2018, que les douleurs à l'épaule droite de l'assuré étaient apparues le 27 août 2012, date à laquelle il avait fait une chute. Les suites de la refixation arthroscopique de la coiffe avaient été tout à fait favorables. Des douleurs étaient réapparues suite à une nouvelle chute de sa hauteur le 4 janvier 2018. Une IRM effectuée le 2 février 2018 montrait une tendinopathie du sus-épineux avec une fissure profonde et une atteinte interstitielle avec un tendon d'aspect focalement aminci. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait constaté des signes pour une capsulite avec une limitation de l'antépulsion à environ 100

degrés et de la rotation externe à 30 degrés. Par la suite, il avait constaté une amélioration de la mobilité, mais une persistance des douleurs justifiant un geste chirurgical de refixation du tendon sus-épineux et une ténodèse du long chef du biceps. L'évolution post-opératoire avait été très favorable pendant deux mois, mais, à fin août, le patient avait présenté davantage de restrictions de mobilité avec une sensation de ressaut sous-acromial. L'échographie étant difficilement interprétable, une nouvelle IRM avait été effectuée le 3 octobre 2018, laquelle n'avait pas montré de redéchirure significative, si ce n'était un aspect un peu dégénératif du tendon. Actuellement, l'assuré présentait encore des douleurs relativement marquées dans les activités de la vie quotidienne. À l'examen du 31 octobre 2018, il avait constaté une certaine raideur dans toutes les directions de l'épaule droite, témoignant d'une capsulite. Il avait recommandé à l'assuré de faire de fréquentes séances de courte durée d'auto-rééducation et de poursuivre la physiothérapie à sec et en piscine. On pouvait espérer ainsi récupérer cette raideur au cours des trois prochains mois. Pour l'instant, l'assuré n'était pas capable de reprendre le travail, en tout cas jusqu'à la fin de l'année. 10. À teneur de son rapport du 19 décembre 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ avait vu l'assuré le 4 décembre précédent. Son rapport contient un bref résumé des pièces du dossier, une anamnèse personnelle, socioprofessionnelle et actuelle ainsi que les plaintes de l'assuré, un status détaillé et un bilan radiologique. Sous appréciation du cas et diagnostic, l'expert a retracé le parcours de l'assuré et relevé qu'il n'avait pas d'antécédent médico-chirurgical particulier, à part une hypercholestérolémie connue depuis les années 2010 et traitée très récemment. Sur le plan orthopédique, il avait subi une méniscectomie interne gauche en 2009 aux deux épaules avec, en 2000, une chute à moto avec luxation de l'épaule gauche et, dix ans plus tard, le 30 octobre 2010, une nouvelle chute à moto avec cette fois une luxation acromio-claviculaire gauche, qui avait été prise en charge chirurgicalement par le Dr C\_\_\_\_\_. Comme élément biologique défavorable, l'expert mentionnait une hypercholestérolémie de longue date pouvant influencer le métabolisme des fibroblastes et du collagène. Les recherches auprès du médecin traitant n'avaient pas réellement confirmé une notion de pré-diabète, mais juste une valeur récente à la limite supérieure. On ne pouvait donc parler clairement de pré-diabète. La problématique actuelle concernait l'épaule droite, pour laquelle on relevait un premier événement le 27 août 2012, suite à une chute de sa hauteur de l'assuré sur l'épaule droite avec des douleurs immédiates et une impotence fonctionnelle relative qu'il avait récupérée relativement rapidement, mais avec une gêne qui perdurait et des douleurs. Le bilan par IRM réalisé relativement rapidement, soit le 11 septembre 2012, montrait une rupture isolée très distale du tendon du sus-épineux, qui semblait un peu épaissi mais pas franchement dégénératif. L'ensemble était évocateur d'une rupture récente sur un tendon relativement sain. Il n'y avait pas d'autre lésion tendineuse associée, ni de lésion labrale. Il s'agissait uniquement d'une IRM simple et la musculature ne présentait aucune amyotrophie ou dégénérescence graisseuse. Il s'agissait donc d'éléments pour un bon pronostic d'une suture chirurgicale qui avait été pratiquée le 14 décembre 2012 par le Dr C\_\_\_\_\_ dont les suites avaient été simples. L'assuré déclarait toutefois que suite à cet événement du 27 août 2012, il n'avait jamais pu reprendre le tennis et il avait toujours présenté une gêne légère fonctionnelle avec une légère diminution de la force du membre supérieur droit. Il avait toutefois pu reprendre son activité professionnelle. Le 4 janvier 2018, soit cinq ans et demi plus tard, il avait fait une chute de sa hauteur en glissant sur de la neige directement sur l'épaule droite. Il avait eu des douleurs immédiates modérées, qui avaient augmenté dans les heures suivantes avec une impotence fonctionnelle 24 heures plus tard. Une semaine plus tard, l'assuré était rentré à son domicile à Meyrin et

avait consulté à l'hôpital de Nyon. Selon le rapport de consultation des urgences du 26 janvier 2016, le diagnostic était des omalgies à droite sur probable conflit sous-acromial versus lésion de la coiffe des rotateurs à droite le 25 janvier 2018. Le patient avait refusé un arrêt de travail. Un bilan radiologique réalisé le 25 janvier 2018 s'était avéré normal. Une arthro-IRM de l'épaule droite du 2 février 2018, soit un mois après l'événement, montrait une tendinopathie non rompue, fissuraire avec une fissure à type cavitaires dans la partie distale du tendon du sus-épineux et une dégénérescence graisseuse stade I selon Goutallier du muscle du sus-épineux et grade II du muscle sous-épineux. L'évolution avait été défavorable et une indication chirurgicale avait été posée par le Dr C \_\_\_\_\_, mais l'assuré, pour des raisons professionnelles, avait renoncé à cette intervention. Une infiltration cortisonique avait été effectuée le 15 mars 2018 avec un amendement pratiquement complet des douleurs, permettant la réutilisation du bras droit, avec une récupération des amplitudes articulaires complète. Trois semaines plus tard, il y avait eu une récurrence progressive des douleurs avec gêne fonctionnelle. Une seconde infiltration de l'épaule droite avait été pratiquée, qui avait amené également une amélioration temporaire. L'assuré avait poursuivi son activité professionnelle jusqu'au 28 juin 2018, date à laquelle il s'était fait opérer lors des vacances de ses employeurs. Lors de l'intervention chirurgicale du 28 juin 2018, une arthrotomie avait confirmé l'importante lésion décrite comme dégénérative du tendon sus-épineux droit et l'absence de nouvelle rupture. Il y avait également une tendinopathie du tendon sous-épineux associée à une dégénérescence graisseuse. Il se posait donc la question de l'étiologie de cette lésion et de son rapport avec l'événement du 4 janvier 2018. L'expert rappelait ensuite quelques notions de physiologie et de physiopathologie de l'épaule et, en particulier, de la coiffe des rotateurs. Sur la base des éléments exposés, il relevait que, dans le cas d'espèce, l'assuré présentait des facteurs de risque de tendinopathie connue, sous forme d'une hypercholestérolémie. Il présentait des antécédents à son épaule gauche avec une tendinopathie rompue de la coiffe des rotateurs, confirmée en 2014, avec une rupture du tendon du sus-épineux, rétracté en zone II, c'est-à-dire sur plus de 2 cm, avec une amyotrophie et, surtout, une dégénérescence graisseuse stade I du tendon, l'ensemble étant pathognomonique d'une lésion ancienne dégénérative. La prise en charge de cette rupture du sus-épineux gauche n'avait pas été chirurgicale, mais uniquement physiothérapeutique et l'évolution avait été relativement favorable. Quatre ans plus tard, l'assuré déclarait une épaule gauche relativement bien fonctionnelle et quasiment indolore. Concernant l'épaule droite, l'assuré avait présenté, le 27 août 2012, une première chute sur l'épaule, avec une rupture très distale du tendon du sus-épineux. Il s'agissait probablement d'une rupture traumatique, mais le choc avait été modéré, pas vraiment de nature à entraîner une rupture de la coiffe des rotateurs, mais plutôt une luxation acromio-claviculaire comme cela avait été le cas à gauche, le 30 novembre 2010, lors de la chute à moto de l'assuré. Toutefois, il n'y avait pas d'autre lésion et, au vu de la classe d'âge, on pouvait dire que la causalité était probable. Dans les suites de l'accident du 4 janvier 2018, soit six ans plus tard, se posait la question de la causalité, dès lors qu'il ne s'agissait pas d'une coiffe des rotateurs ni d'un tendon du sus-épineux sains, mais clairement d'un tendon qui avait subi une rupture dans un contexte d'hypercholestérolémie, qui présentait un état après une suture chirurgicale chez un assuré qui avait présenté du côté opposé une tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs. L'absence de rupture tendineuse claire à droite et une image parlant plutôt pour une tendinopathie avancée, confirmée lors de l'intervention chirurgicale du 28 juin 2018 (cf. protocole opératoire), chez un assuré qui déclarait avoir présenté une gêne à son épaule droite depuis l'intervention du 14 décembre 2012 ainsi qu'un déficit de force, puisqu'il

n'avait pas pu reprendre le tennis, permettait de dire que la cicatrisation s'était effectuée, mais avec une qualité moyenne à médiocre. De plus, l'examen par arthro-IRM effectué le 2 février 2018 ne montrait aucune lésion osseuse traumatique telle qu'un oedème osseux, un hématome local des tissus sous-cutanés. Ces éléments permettaient de dire que le choc n'avait pas entraîné de lésions structurelles importantes, mais avait révélé une cicatrisation incomplète chez un assuré présentant des facteurs de risque métabolique et des antécédents de coiffe dégénérative du côté opposé. En conclusion, s'agissant de l'événement du 4 janvier 2018, l'expert retenait une contusion simple de l'épaule droite. La reprise chirurgicale, non pas d'une « rerupture », mais d'une tendinopathie correspondant à une cicatrisation incomplète du tendon du sus-épineux était en relation de causalité avec les suites du premier événement du 27 août 2012 et une tendinopathie dégénérative telle qu'elle avait clairement été montrée du côté opposé. Vis-à-vis de l'événement du 4 janvier 2018, l'expert fixait un statu quo sine au 31 mai 2018, soit cinq mois de l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdurait était en relation de causalité naturelle avec l'événement du 27 août 2012 et les lésions dégénératives et non plus avec les suites de la contusion simple du 4 janvier 2018. Il n'était pas possible à l'expert de déterminer la part relative de ces deux éléments dans le statut opératoire du 26 juin 2018, qui avait confirmé l'imagerie du 2 février 2018. De façon subjective, faute de réels éléments probants entre le status cicatriciel du tendon lié à la rupture de 2012 et les facteurs dégénératifs, l'expert considérait que la part dégénérative était prédominante vis-à-vis des suites de l'événement de 2012, en raison de l'âge de l'assuré de plus de 55 ans, les facteurs de risque métabolique tels que l'hypercholestérolémie de longue date, la très probable bilatéralité des lésions et une utilisation fonctionnelle peu douloureuse, voire indolente, durant près de cinq ans après cicatrisation. 11. Le 10 janvier 2019, Generali a considéré que les troubles à la santé de l'assuré à partir du 1 er juin 2018 n'étaient plus consécutifs à l'événement du 4 janvier 2018, mais qu'ils relevaient d'un état antérieur. Le statu quo sine avait été fixé par l'expert au plus tard cinq mois après l'accident. Ainsi, si des troubles déterminaient encore la nécessité de suivre un traitement médical au-delà du 31 mai 2018 ou entraînaient une incapacité de travail, ils étaient à mettre uniquement sur le compte de facteurs étrangers à l'accident qui la concernait. Cette affaire ne relevait donc plus de sa compétence, mais de celle d'Helsana, qui était intervenue pour l'accident du 27 août 2012. Aucune prestation n'était donc versée à partir du 1 er juin 2018 pour l'événement du 4 janvier 2018, car il ne s'agissait pas des suites de l'accident. 12. Le 21 janvier 2019, Helsana a demandé à son médecin-conseil, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie FMH, de répondre à différentes questions. Le médecin-conseil a rappelé les faits et retenu que les constatations/diagnostics établis actuellement avaient un lien de causalité possible avec l'accident du 27 août 2012 (certitude de 50% au moins). Selon l'expert, la part dégénérative était prédominante à une éventuelle séquelle traumatique. L'opération du 28 juin 2018 était attribuable de manière seulement possible à l'accident du 27 août 2012 et serait probablement devenue médicalement nécessaire à cette date sans l'accident du 27 août 2012. L'assuré se plaignait de troubles antérieurs à l'accident du 27 août 2012, à savoir une hypercholestérolémie. L'événement du 27 août 2012 avait entraîné une aggravation passagère de son état de santé. Le statu quo ante ou sine avait été atteint à la fin du premier traitement. 13. Helsana a formé opposition, le 22 janvier 2019, à la décision rendue par Generali le 10 janvier 2019. Il ressortait de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ que la part dégénérative était prédominante à une éventuelle séquelle traumatique liée à l'événement du 27 août 2012. La rechute dès le 1 er juin 2018 n'était dès lors pas à sa charge, mais à celle de

la caisse-maladie de l'assuré. 14. Le 11 février 2019, l'assuré a formé opposition à la décision rendue par Generali le 10 janvier 2019. 15. Par décision du 12 mars 2019, Helsana a informé l'assuré que selon les explications de son médecin-conseil, il ressortait de l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2018 que la part dégénérative était prédominante à une éventuelle séquelle traumatique liée à l'événement du 27 août 2012. Il s'ensuivait que ses troubles n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 27 août 2012. L'assuré n'avait dès lors pas droit aux prestations d'assurance d'Helsana. Il était invité à s'annoncer auprès de son assurance-maladie pour la prise en charge des traitements ultérieurs. 16. Le 10 avril 2019, l'assuré a formé opposition à la décision d'Helsana qu'il avait reçue le 13 mars 2019. Il faisait valoir qu'il y avait un lien de causalité adéquate entre son accident du 4 janvier 2018 et son état de santé actuel. Cet accident avait été suivi d'une opération de l'épaule droite le 28 juin 2018. À ce jour, son état de santé ne lui permettait pas de reprendre son travail et ses douleurs étaient constantes dans la durée et dans les défauts de mobilité qu'elles lui occasionnaient. L'ensemble de ses difficultés somatiques actuelles était la conséquence de l'accident du 4 janvier 2018. Sans cette chute, son épaule droite aurait continué à lui donner toute satisfaction. Les avis des médecins consultés par Helsana et par l'assuré étaient discordants. 17. Par décision sur opposition du 9 mai 2019, Helsana a rejeté l'opposition de l'assuré. Il n'était pas du ressort de l'assureur-accidents de prouver l'absence de relation de causalité naturelle. Au contraire, la charge de la preuve quant à l'existence d'une telle relation appartenait à l'assuré, au degré de la vraisemblance prépondérante. L'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ démontrait que la part dégénérative était prédominante dans l'évolution de l'épaule de l'assuré. Il était ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la chute annoncée n'était pas en relation de causalité avec l'accident de 2012, ce qui était confirmé par l'avis du Dr E \_\_\_\_\_. Faute d'avis médical contraire, ces avis emportaient pleine valeur probante. 18. L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 11 juin 2019. Il faisait valoir que son cas aurait dû être instruit de manière objective par Helsana, qui avait pour tâche de réunir les pièces nécessaires quant à son état de santé, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté. Il existait des divergences importantes selon les médecins ayant eu à connaître de son cas et une investigation complémentaire était nécessaire. Aucune expertise complémentaire n'avait été ordonnée suite au constat établi le 30 octobre 2018, qui n'était pas concluant, malgré les attestations continues d'incapacité de travail à 100% établies par le Dr C \_\_\_\_\_. En présence des affirmations de la docteure F \_\_\_\_\_ et du Dr C \_\_\_\_\_, Helsana aurait dû poursuivre l'investigation et compléter les faits au dossier, au besoin demander une expertise indépendante supplémentaire. Elle avait ainsi violé le droit. Toute personne raisonnable atteinte d'arthrose savait ou devait savoir que l'amélioration n'était pas vraisemblable et que la péjoration était la règle. Le fait qu'il avait pu reprendre le travail à 100% dès le 15 mai 2019, comme l'avait anticipé le Dr C \_\_\_\_\_, démontrait que toutes les tentatives de rattacher son état physique aux accidents précédant celui du 4 janvier 2018 étaient vaines et devaient donc être rejetées. Sans son accident du 4 janvier 2018, le recourant n'aurait cessé depuis lors et à ce jour d'être en bonne santé, notamment au niveau de son épaule droite, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie. Les faits pouvaient aisément être constatés par des experts indépendants et neutres. En conclusion, le recourant concluait, principalement, à ce qu'il soit dit qu'il avait été en incapacité de travail à 100% du 29 juin 2018 au 14 mai 2019 et que cette incapacité de travail était la conséquence de son accident du 4 janvier 2018, et à ce

qu'Helsana soit condamnée en conséquence à lui verser les prestations dues en cas d'accident du 29 juin 2018 au 14 mai 2019. À l'appui de son recours, l'assuré a produit un rapport du médecin-conseil de Generali, la Dresse F\_\_\_\_\_, du 9 juin 2018 indiquant qu'il existait un lien de causalité partiel entre l'opération prévue le 28 juin 2018 et l'accident : « ici état antérieur. Documents font état d'une luxation épaule en 2014 qui a été opérée et d'une opération de la coiffe en 2012. Qui a pris en charge l'opération de 2014 ? et celle de 2012 ? Le patient est employé depuis 2011 chez le même employeur. Cela doit être simple à retrouver ». Sur la base du dossier, un statu quo ne pouvait être posé. Il fallait obtenir les documents demandés. « Soit état antérieur documenté et statu quo peut être établi avant opération, soit accident retenu avec causalité partielle et op à notre charge et dans ce cas important de connaître les antécédents ». 19. Par réponse du 20 juin 2019, Helsana a relevé que dans la mesure où le recourant persistait à souligner que ses troubles étaient en relation de causalité avec un accident qui n'était pas couvert par Helsana, elle se référait aux arguments développés dans sa décision sur opposition. L'accident de 2018 qui, selon le recourant, était la cause de tous ses maux, était couvert par Generali et non par Helsana. Par ailleurs, puisque la plupart des conclusions du recours ne pouvaient pas être opposées à Helsana, on pouvait légitimement se poser la question de la recevabilité du recours, par manque de conclusions compréhensibles. Faute de contestation, sa décision selon laquelle les traitements de 2018 n'étaient pas en relation de causalité avec un accident couvert par Helsana acquérait la chose de force décidée. 20. Le 26 juin 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. 21. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. 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. 3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le recours a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). b. Helsana a fait valoir que le recours pourrait être irrecevable faute de conclusions compréhensibles, dans la mesure où le recourant estimait que ses troubles étaient en relation de causalité avec l'accident de 2018, qui n'était pas couvert par elle, mais par Generali. Selon l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est régie par le droit cantonal sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA. L'art. 61 let. b LPGA, repris à l'art. 89B LPA, indique que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions et que si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. En l'espèce, le recours contient un exposé des faits, une motivation et des conclusions. Il répond ainsi aux conditions des art. 61 let. b LPGA et 89B LPA. La

motivation du recours apparaît erronée, dans la mesure où le recourant fait valoir que l'intimée doit lui verser ses prestations qu'il estime être en lien de causalité avec l'accident du 4 janvier 2018 et pas avec celui du 27 août 2012. Or, l'assuré était couvert par Generali et non Helsana lors de l'accident de 2018. Cela étant, la chambre de céans n'est pas liée par les motifs avancés par les parties (art. 69 al. 1 phr. 2 et 89A LPA), de sorte que le fait que la motivation du recourant soit erronée est sans conséquence sur la recevabilité du recours. Le recours est ainsi recevable. 5. Le litige porte sur le droit du recourant au versement dès le 1<sup>er</sup> juin 2018 des prestations de l'intimée, en lien avec ses troubles à l'épaule droite.

6. 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 condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre). 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. 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). Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant compte de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b). 7. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 8. 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). 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. 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. 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 oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 9. 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). 10. 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 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).

11. 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).

12. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer

d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 14. En l'espèce, l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ remplit les réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle est bien motivée et convaincante et n'a d'ailleurs pas été remise en cause par les parties. Elle conclut clairement que la reprise chirurgicale d'une tendinopathie, correspondant à une cicatrisation incomplète du tendon du sus-épineux, était en relation de causalité avec les suites de l'événement du 27 août 2012 et une tendinopathie dégénérative, telle qu'elle avait clairement été montrée du côté opposé. Vis-à-vis de l'événement du 4 janvier 2018, l'expert a fixé un statu quo sine au 31 mai 2018, soit à cinq mois de l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdurait était en relation de causalité naturelle avec l'événement du 27 août 2012 et les lésions dégénératives. L'intimée s'est fondée sur l'avis médical rendu le 21 janvier 2019, par son médecin-conseil, le Dr E \_\_\_\_\_, qui a retenu, contrairement au Dr D \_\_\_\_\_, que les troubles à la santé actuels de l'assuré étaient en lien de causalité seulement possible avec l'accident du 27 août 2012 (certitude de 50% au moins), car la part dégénérative était prédominante à une éventuelle séquelle traumatique, selon l'expert, ce qui ne suffisait à retenir un lien de causalité naturelle. Outre le fait que l'avis médical du Dr E \_\_\_\_\_ ne répond pas aux réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante, ses conclusions n'emportent pas conviction. Si le Dr D \_\_\_\_\_ a effectivement indiqué qu'il pensait, sans pouvoir le démontrer, que la part dégénérative était prédominante vis-à-vis des suites de l'événement de 2012, il a retenu que ces deux éléments étaient causals dans le status opératoire du 26 juin 2018. Il n'est pas nécessaire qu'un accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé pour qu'un lien de causalité naturelle soit retenu. 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. En effet, 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. Il en résulte qu'il doit être retenu, en l'espèce, que les troubles à la santé du recourant dès le 1<sup>er</sup> juin 2018 sont en rapport de causalité naturelle avec l'événement du 27 avril 2012. Dès lors que c'est à l'intimée de couvrir les suites de cet accident, en l'occurrence une suite tardive, c'est à tort qu'elle a refusé ses prestations au recourant. 15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 9 mai 2019 annulée et il sera dit que l'intimée doit verser ses prestations au recourant en lien avec ses troubles à l'épaule droite dès le 1<sup>er</sup> juin 2018. 16. Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.