

GE_GERICHTE A/2359/2016 vom 27. Juni 2017

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2359_2016

FR: GE_GERICHTE A/2359/2016 du 27 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/2359/2016 del 27 giugno 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.06.2017
A/2359/2016

A/2359/2016 ATAS/553/2017 du 27.06.2017 (LAA) , REJETE En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2359/2016 ATAS/553/2017
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 27 juin 2017 1 ère
Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Vessy, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître Yves MAGNIN recourant contre ZURICH COMPAGNIE
D'ASSURANCES SA, division sinistres, sise Hagenholzstrasse 60, ZÜRICH intimée EN
FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____1960, a travaillé en
qualité de boucher-charcutier-traiteur indépendant. À ce titre, il était assuré auprès de la
ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur) contre le risque
d'accidents. ![/endif]>![if> 2. Le 5 novembre 2010, l'assuré a été victime d'un premier
accident et s'est blessé à l'épaule droite en voulant retenir un chariot chargé qui basculait.
![endif]>![if> 3. Le 8 novembre 2010, il a consulté la doctoresse B_____, spécialiste
FMH en chirurgie orthopédique, laquelle a constaté, dans son rapport du 15 novembre
2010, la présence d'un hématome à la localisation du tiers supérieur du membre supérieur
droit associé à une voussure du tiers moyen du bras droit. La rotation interne était limitée et
douloureuse. Le bilan radiologique mettait en évidence une arthropathie
acromio-claviculaire d'aspect dégénératif, une conservation du cintre gléno-huméral et un
acromion de stade III. Elle avait fait effectuer une arthro-IRM (imagerie par résonance
magnétique) et avait prescrit des séances de physiothérapie.![endif]>![if> 4. Le docteur
C_____, spécialiste FMH en radiologie, a rendu un rapport le 10 novembre 2010, suite à
une échographie, une arthrographie et une arthro-IRM de l'épaule droite réalisées la veille.
Il a conclu à une déchirure transfixiante de la portion antérieure du tendon du sus-épineux
avec une discrète rétraction tendineuse. Il a également relevé une déchirure partielle de la
portion craniale du tendon du sous-scapulaire et une déchirure du long chef du biceps
(ci-après : LCB) avec une rétraction distale du tendon, ainsi qu'une arthrose
acromio-claviculaire et une ébauche d'omarthrose. Son examen avait en outre révélé une
discrète composante d'amyotrophie du corps charnu du sus-épineux.![endif]>![if> 5.
Le 20 décembre 2010, la Dresse B_____ a retenu le diagnostic de rupture du tiers
supérieur du sous-scapulaire, de la zone antérieure du sus-épineux et du LCB. L'incapacité
de travail était totale depuis le jour de l'accident et il n'y avait pas d'autres facteurs qui
influençaient l'affection.![endif]>![if> 6. L'évolution a été favorable et l'assuré a pu
reprendre son activité à 50% à partir du 1 er mars 2011 et à 100% dès le 14 juin
2011.![endif]>![if> 7. En date du 27 juin 2011, l'assuré a subi un nouvel accident et
s'est blessé à l'épaule gauche en voulant retenir une caisse qui tombait. ![/endif]>![if> 8.
Le 4 juillet 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a rendu un rapport
suite à une échographie des deux épaules réalisée le jour même. Concernant l'épaule

gauche, l'espace sous-acromial était pincé, la coiffe des rotateurs se caractérisait par une rupture complète du sus-épineux et partielle du sous-épineux. La bourse était épaissie, mais sans épanchement, l'articulation marquée par un épaississement capsulo-synovial, et la gouttière bicipitale, très serrée, par une sclérose. Il y avait une rupture complète du LCB, qui s'était effectuée à l'endroit où la sclérose était la plus importante. Le tendon s'était rétracté, avec un hématome. Le sous-scapulaire était intact, mais marqué par une sclérose assez importante de son insertion. S'agissant de l'épaule droite, le Dr D_____ a fait état d'une rupture complète du LCB, d'une sclérose et d'un resserrement très important. Une rupture complète du sus-épineux était également décelable. Le sous-épineux était intact et le sous-scapulaire régulier. Le médecin a conclu que les deux épaules étaient pratiquement symétriques, que la rupture de la coiffe des rotateurs était un peu plus importante à gauche qu'à droite.!

9. Par rapport du 16 août 2011, la Dresse B_____ a diagnostiqué un status après une rupture partielle du sous-scapulaire et du sus-épineux, et une rupture complète du LCB de l'épaule droite suite à l'accident du 5 novembre 2010, ainsi qu'une rupture complète du sus-épineux et du LCB, et partielle du sous-épineux de l'épaule gauche suite au sinistre du 27 juin 2011. Elle a expliqué qu'au niveau de l'épaule droite, la lente évolution avait été favorable sous traitement de physiothérapie avec une récupération d'une mobilité complète et d'une force satisfaisante, celle-ci ayant été mesurée à 13 kg à droite pour 15 kg à gauche le 14 mars 2011. Lors du dernier contrôle, le 18 mai 2011, l'assuré présentait une mobilité complète, mais il ressentait une gêne modérée la nuit s'il dormait sur le côté. L'assuré l'avait ensuite consultée le 28 juin 2011 suite au deuxième accident affectant le membre supérieur gauche. Il présentait alors une épaule pseudo-paralytique, une importante tuméfaction au niveau du bras gauche et un hématome.

10. En date du 17 août 2011, l'assuré a subi un troisième accident en chutant sur son épaule gauche après avoir glissé sur une plaque d'huile.!

11. Dans un rapport du 27 août 2011, la Dresse B_____ a diagnostiqué une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche due au sinistre du 27 juin 2011, avec une exacerbation des douleurs et une perte de la mobilité active, suite au troisième événement accidentel.!

12. Le 31 août 2011, le Dr D_____ a réalisé une échographie de l'épaule gauche et constaté, dans son rapport établi le lendemain, que l'espace sous-acromial était complètement pincé, que le LCB était en place, pratiquement complètement rompu et sa gaine un peu épaissie, que les tendons sus-épineux et sous-épineux étaient complètement rompus. Il existait également une rétraction de ces deux muscles, ainsi qu'une amyotrophie prédominante au sus-épineux. Il a conclu à une rupture complète de la coiffe des rotateurs aux détriments des sus-épineux et sous-épineux, à un remaniement capsulo-synovial consécutif avec un épaississement gléno-huméral, ainsi qu'à un status après une rupture pratiquement complète par effilochage du LCB avec une discrète ténosynovite réactionnelle de sa gaine.!

13. Par rapport du 22 septembre 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a relevé qu'une échographie de l'épaule gauche et un contrôle de la masse musculaire du biceps brachial gauche, examens effectués le jour même, mettaient en évidence une altération de la coiffe des rotateurs avec une brèche transfixiante du supra-épineux et de l'infra-épineux, probablement ancienne, accompagnée d'une bursite.!

14. Le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a rendu un rapport suite à un arthro-scanner de l'épaule gauche réalisé le 26 septembre 2011. Il a conclu à une déchirure totale des tendons supra et infra-épineux, et de la partie supérieure du tendon sous-scapulaire. Les tendons supra et infra-épineux étaient rétractés au niveau de l'articulation gléno-humérale, les deux

muscles présentait des signes d'hypotrophie ou d'infiltration graisseuse jugée au stade III-IV pour le supra-épineux et de grade III pour l'infra-épineux. Le médecin a également noté une infiltration graisseuse significative de la partie supérieure du muscle sous-scapulaire. L'examen confirmait une importante synovite localisée au niveau de l'articulation gléno-humérale, ainsi que de la bourse sous-acromiale. L'articulation acromio-claviculaire montrait une discrète atteinte dégénérative.!

15. Par rapport du 3 octobre 2011, la Dresse B_____ a relevé l'échec des traitements de physiothérapie et l'augmentation des douleurs après le deuxième accident affectant l'épaule gauche. L'évolution était rapidement devenue défavorable et elle avait recommandé à l'assuré une intervention chirurgicale. !

16. En date du 2 novembre 2011, la Dresse B_____ a procédé à une arthroscopie de l'épaule gauche, à une acromioplastie arthroscopique, à des sutures partielle du sus-épineux et complète du sous-épineux, et à un renforcement du sous-scapulaire par voie ouverte. Ont notamment été objectivés, au cours de cette intervention, une rupture complexe du biceps, une importante synovite, une rétraction du sus-épineux à la glène, un aspect très dégénératif et laminé du sous-scapulaire. La qualité tissulaire était très mauvaise et la tête humérale complètement chauve. Une réinsertion complète n'avait pas été possible.!

17. Dans un rapport du 12 décembre 2011, le Dr F_____ a indiqué qu'une échographie des deux épaules pratiquée le 9 décembre 2011 avait révélé, concernant l'épaule gauche, la présence d'une déchirure localisée au niveau du tendon supra-épineux et infra-épineux, associée à un important épanchement intra-articulaire en communication avec l'espace sous-acromial. Il a relevé une ancienne déchirure du tendon LCB avec une rétractation inférieure du muscle qui montrait des signes d'hypotrophie et d'infiltration graisseuse. S'agissant de l'épaule droite, il a signalé une ancienne déchirure du tendon LCB avec une hypotrophie et une infiltration graisseuse du muscle qui était rétracté au niveau du bras. Il a également noté une déchirure totale du tendon supra-épineux, associée à de discrets signes d'hypotrophie ou d'infiltration graisseuse du muscle.!

18. Par rapport du 14 avril 2012, la Dresse B_____ a attesté de l'impossibilité pour l'assuré d'utiliser son membre supérieur gauche pour toute activité impliquant le port de charges, même minimales.!

19. Le Dr F_____ a procédé à des radiographies des deux épaules le 25 juillet 2012. Concernant l'épaule droite, il a relevé une importante altération secondaire à un conflit chronique antéro-supérieur d'épaule avec un éperon sous-acromial et une importante irrégularité de la face supérieure de la grande tubérosité, ainsi qu'un pincement de l'espace sous-acromial, mais sans signe de calcification décelable. Il a fait état d'une arthrose acromio-claviculaire, sans signe d'instabilité. Quant à l'épaule gauche, il a également noté des signes de conflit antéro-supérieur chronique avec une irrégularité importante de la face inférieure de la partie latérale de l'acromion et de la face supérieure de la grande tubérosité. Il a relevé un pincement presque total de l'espace sous-acromial sur les clichés en rotation neutre, ainsi qu'une minime arthrose débutante gléno-humérale et une arthrose acromio-claviculaire sans signe d'instabilité. !

20. En date du 30 juillet 2012, la Dresse B_____ a indiqué que l'évolution était défavorable du point de vue des douleurs, lesquelles persistaient lors de la mobilisation, mais également au repos et la nuit, entraînant de nombreux réveils et des troubles de positionnement. La fonction restait limitée avec une force nulle dans le territoire du sus-épineux et du sous-épineux. Elle avait organisé une IRM afin de juger de l'atrophie graisseuse du sus-épineux et du sous-épineux. En fonction des résultats et de l'évolution, l'opportunité d'un transfert du grand dorsal devrait être discutée. !

21. L'IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 31 juillet 2012. Dans son

rapport rendu le jour même, le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à un épaississement hétérogène post-opératoire du tendon du muscle sus-épineux, à des formations géodiques, à un œdème de la spongieuse du massif trochantérien, à une arthrose sévère de l'articulation acromio-claviculaire avec un conflit sous-acromial, ainsi qu'à un épanchement articulaire modéré. [endif]>[if> 22. Le 14 août 2012, la Dresse B_____ a rédigé un rapport à l'attention du docteur H_____, Professeur à Zurich et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, auquel elle adressait l'assuré afin de discuter de l'opportunité d'un lambeau du grand dorsal. Elle a exposé avoir pu réparer totalement le sous-épineux et partiellement le sus-épineux lors de l'intervention du mois de novembre 2011. L'évolution avait été relativement favorable, avec une récupération de la mobilité active, mais progressivement, une augmentation des douleurs et une perte de la force étaient apparues. Le bilan radiologique avait montré une ascension de la tête humérale avec un espace acromio-huméral à 9 mm, une arthrose acromio-claviculaire, et l'IRM avait mis en évidence une dégénérescence graisseuse importante touchant le sus-épineux et le sous-épineux. [endif]>[if> 23. L'assureur a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport rendu le 19 novembre 2012, ce médecin a expliqué qu'en présence des tableaux cliniques qui montraient des lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite immédiatement après le premier sinistre, et de l'épaule gauche immédiatement après le deuxième accident, il fallait admettre un lien de causalité entre l'état des deux épaules et les événements accidentels respectifs. Cependant, il était évident que les deux épaules présentaient un état dégénératif préexistant. Il a expliqué à cet égard que l'arthro-scanner du 26 septembre 2011 confirmait la présence d'un important état dégénératif préexistant à l'événement du 27 juin 2011 car la coiffe présentait une importante rétraction et une infiltration graisseuse qui ne pouvaient se constituer en trois mois. À la suite de ce sinistre, l'assuré avait présenté un hématome et une déchirure du LCB, ce qui constituait en soi une aggravation de l'état de l'épaule gauche. Il était également possible que les tendons du sus et du sous-épineux aient subi une déchirure complémentaire même partielle. Suite à la chute du 17 août 2011, une nouvelle échographie avait été réalisée, dont les constatations étaient quasi superposables à celles de l'échographie du 4 juillet 2011, ce qui permettait de conclure que le troisième événement n'avait pas provoqué d'aggravation de l'état de l'épaule gauche. En l'état, l'incapacité totale de travail perdurait. Compte tenu de l'état dégénératif préexistant, le médecin-conseil considérait que le deuxième accident avait probablement entraîné une rupture du LCB, ainsi qu'une distorsion de l'épaule gauche. La possibilité d'une rupture de quelques fibres résiduelles du tendon du sus-épineux et du tendon du sous-épineux était théorique, au vu du protocole opératoire. Il estimait que la prise en charge de l'assuré devrait se terminer à la fin de l'année 2012, date à laquelle il était logique d'admettre au plus tard le statu quo sine . [endif]>[if> 24. Par courrier du 14 décembre 2012, l'assuré a contesté cette appréciation, soutenant que les événements accidentels avaient joué un rôle prépondérant dans l'évolution de son épaule et avaient été des facteurs déterminants sur la péjoration de l'état dégénératif préexistant. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise neutre. [endif]>[if> 25. Dans un rapport du 10 décembre 2012 (daté par erreur du 10 décembre 2011), la Dresse B_____ a rappelé que depuis son intervention, l'évolution était restée défavorable, avec une récupération d'une mobilité active complète mais des douleurs nocturnes et un manque total de force. Étant rappelé que l'assuré ne présentait pas de douleurs à l'épaule gauche et avait une excellente force à 15 kg avant son accident, elle

considérerait qu'un éventuel état antérieur était asymptomatique. Les deux événements accidentels, et surtout la violente chute du 17 août 2012 (recte 2011), avaient joué un rôle déterminant dans l'évolution du cas, avec un probable complément de rupture du sus et du sous-épineux. Selon elle, établir un statu quo sine pour la fin de l'année 2012, soit plus d'une année après l'intervention chirurgicale, pouvait être contesté. [endif]>[if> 26. Le 17 décembre 2012, l'assureur a prié le Bureau central des expertises de la SUVA de mettre en œuvre une expertise afin de vérifier l'appréciation de son médecin-conseil. [endif]>[if> 27. L'assuré a été opéré de son épaule gauche le 29 janvier 2013. Dans son rapport du 12 février 2013, le Dr H_____ a diagnostiqué une re-rupture irréparable massive de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-épineux) et un status post arthroscopie de l'épaule (reconstruction de la coiffe des rotateurs avec une acromioplastie le 2 novembre 2011). Son intervention avait consisté en un transfert du grand dorsal, une acromioplastie et une réparation partielle de la coiffe des rotateurs. Une nouvelle reconstruction s'avérait impossible en raison de la nette dégénérescence graisseuse des muscles sus-épineux (stade 4 de Goutallier) et sous-épineux (stade 4 de Goutallier). [endif]>[if> 28. Par rapports des 5 mars et 30 avril 2013, le Dr H_____ a fait état d'une infection post-opératoire des tissus mous. Trois mois après l'opération, l'assuré était capable de stabiliser son bras dans l'espace, mais ne pouvait pas le lever activement. [endif]>[if> 29. Le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu son rapport d'expertise le 6 juin 2013, lequel est basé sur l'examen de l'assuré à sa consultation le 3 mai 2013, le dossier médical mis à sa disposition par l'assureur, les radiologies fournies par l'assuré, un nouveau bilan radiologique standard des épaules, ainsi qu'une anamnèse et un examen clinique. [endif]>[if> L'expert a retenu les diagnostics suivants : concernant l'épaule droite, un status deux ans et demi après une probable entorse susceptible d'avoir généré une rupture du LCB, une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, une omarthrose débutante et une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire. S'agissant de l'épaule gauche, il a fait état d'un status vingt-trois mois après une probable entorse à l'origine d'une rupture du LCB, un status vingt et un mois après une probable entorse bénigne, une tendinopathie chronique sévère de la coiffe des rotateurs, un status dix-huit mois après une tentative de débridement et de suture/rapprochement d'une large rupture de la coiffe des rotateurs, et une acromioplastie, un status quatre mois après un transfert du grand dorsal pour pallier une insuffisance massive de la coiffe des rotateurs et l'échec de la suture, ainsi qu'une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire. Après avoir examiné et commenté tout le dossier radiologique de l'assuré, l'expert a livré son appréciation du cas. Il a exposé que les altérations tendineuses débutaient généralement avec le vieillissement, durant la quatrième décennie. Elles étaient plus précoces sur la coiffe des rotateurs, l'épaule étant l'articulation du corps humain la plus mobile et la plus utilisée. Les altérations dégénératives ou d'usure se manifestaient d'abord sous forme de micro-déchirures des fibres de collagène. Si, au début, la capacité de cicatrisation de ces microlésions pouvaient être suffisante, elle était vite dépassée, de sorte qu'une large tranche de la population présentait des atteintes macroscopiques des tendons de la coiffe des rotateurs à partir de l'âge de 50 ans. Ces lésions pouvaient rester asymptomatiques ou peu symptomatiques pendant de nombreuses années. Les investigations faites sur une population asymptomatique concluaient qu'environ 2 à 19% de la population présentait une lésion tendineuse majeure, c'est-à-dire transfixiante (solution de continuité). Sur le plan radiologique, les premiers signes d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs étaient souvent représentés par une altération de la surface du trochiter, suivie par des formations géodiques (kystiques)

sous-chondrales. La dysfonction biomécanique de l'épaule, due à l'insuffisance progressive de la coiffe des rotateurs, conduisait généralement vers un conflit sous-acromial chronique, qui pouvait se traduire par des aspérités sous-acromiales, voire des formations ostéophytaires. Ces atteintes allaient de pair avec celles observées sur une IRM ou un CTscanner, soit une inhomogénéité tendineuse, suivie d'un effritement de la surface tendineuse pouvant aller jusqu'à sa solution de continuité, partielle ou totale. Lorsque la lésion tendineuse était conséquente ou suffisamment évoluée, apparaissait une atrophie musculaire progressive qui, avec le temps, pouvait s'associer à une dégénérescence graisseuse, la graisse remplaçant les fibres musculaires chroniquement inactifs. En cas de rupture aiguë d'un tendon de la coiffe des rotateurs, l'atrophie musculaire s'installait généralement dans les quatre à six semaines. Pour les lésions chroniques, son apparition était plus tardive. En ce qui concernait la dégénérescence graisseuse, laquelle pouvait intéresser tout muscle dont le tendon était rompu, le délai d'apparition était d'au moins six mois. Pour le sous-épineux, une dégénérescence graisseuse pouvait survenir même avec un tendon en continuité lorsqu'il existait une large rupture du versant antéro-supérieure de la coiffe des rotateurs, ou encore une rupture isolée, mais étendue, du muscle sus-épineux voisin, ce qui impliquait une dysfonction chronique majeure et globale de l'épaule. Le rôle du traumatisme comme facteur étiologique d'une déchirure de la coiffe des rotateurs restait débattu. Un traumatisme à relative haute énergie était susceptible de léser un tendon, qu'il soit sain ou dégénératif, provoquant ainsi une solution de continuité abrupte de cette structure, créant alors une impotence fonctionnelle significative, douloureuse et durable de l'épaule. Dans le cas de l'assuré, l'expert a mentionné 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 cependant rappelé l'absence d'impotence fonctionnelle marquée dans les suites du traumatisme et la rapide récupération fonctionnelle de l'épaule droite. De plus, l'arthrographie-IRM de l'épaule droite, réalisée seulement quatre jours après le traumatisme, n'avait pas mis en évidence, de manière hautement probable, une lésion anatomique aiguë, en l'absence d'un hématome, d'un œdème osseux, voire même d'un œdème des tissus mous profonds. En revanche, l'examen en question avait montré des éléments caractéristiques d'une usure tissulaire chronique non négligeable. L'atrophie du corps charnu du muscle sus-épineux révélait une dysfonction de longue date, d'au moins quelques semaines. S'y associait une rétraction du moignon tendineux beaucoup trop importante (2,5 cm) pour une lésion présumée fraîche. La preuve d'un processus dégénératif chronique était en outre apportée par l'aspect du sommet du trochiter (siège d'insertion du sus-épineux), reflet de contraintes excessives et répétées, alors que le conflit sous-acromial chronique était confirmé par l'hyperostose acromiale. S'agissant du LCB, l'expert a expliqué que, tout comme pour les autres tendons, ses altérations se manifestaient d'abord sous forme d'une tendinite, avant l'apparition de lésions de surface. On assistait souvent au signe de la poulie (subluxation du tendon), associée à une sclérose des bords de ladite poulie, élément qui reflétait une anomalie locale de longue date. Plus tard, une rupture spontanée du tendon du muscle LCB était possible, parfois de manière indolore, parfois suite à un traumatisme, même mineur. Le délai de résolution des douleurs suite à une rupture était variable, généralement de six à huit semaines, mais pouvait se prolonger de deux à trois mois selon l'état irritatif tissulaire régional ou le degré de la compétence de la coiffe des rotateurs. Les études relatives aux ruptures du LCB évoquaient, pour certains

patients, une perte de force durable de l'épaule, de quelques pourcents. Il s'agissait cependant de mesures tendant à l'appréciation de la force qui n'avaient pas de corrélation avec le tableau subjectif. En d'autres termes, l'écrasante majorité des patients subissant une rupture du LCB, dans le cadre d'une coiffe dégénérative, ne ressentaient pas de différence significative de la force, à distance de la rupture du LCB. Dans le cas de l'assuré, le sinistre avait peut-être généré la rupture du LCB, élément qui expliquerait le craquement ressenti et l'apparition de l'hématome sous-cutané antérieur du bras. L'hypothèse d'une rupture aiguë lors de l'événement incriminé pouvait également être confortée par le fait que l'examen réalisé quatre jours après le traumatisme montrait un corps musculaire rétracté, mais pas atrophique. En revanche, l'examen du 9 décembre 2011 décrivait clairement un muscle atrophique, présentant même une dégénérescence grasseuse. Ainsi, il n'était pas exclu (relation causale possible/ probable) que l'événement du 5 novembre 2010 ait généré la rupture du LCB, qui fut très vraisemblablement un épiphénomène dans le cadre d'une coiffe des rotateurs chroniquement malade. Cette rupture n'avait pas empêché l'assuré de retrouver une fonction adéquate de son épaule. En considérant le fait qu'il y avait eu une solution de continuité abrupte du LCB lors de l'événement précité, sans que cet événement ne provoque une lésion substantielle (relation hautement, voire très hautement, invraisemblable) des tendons de la coiffe des rotateurs, en particulier du sus-épineux, le délai d'atteinte du statu quo ante et sine ne devait pas dépasser un maximum de trois à quatre mois, délai largement suffisant pour que l'épaule récupère une fonction adéquate après un traitement conservateur bien conduit. Ce délai, dans le cas de l'assuré, était un peu inférieur à celui de la pleine reprise de son activité professionnelle, activité jugée particulièrement astreignante pour les épaules. Le même raisonnement pouvait être tenu pour l'épaule gauche. « 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. À une nuance près, que l'échographie qui a suivi, soit celle du 4 juillet 2011, montre cette fois un hématome autour de la jonction tendino-musculaire du LCB, ce qui corrobore d'ailleurs le constat clinique (hématome sous-cutané du bras, typique d'une telle lésion) ». Compte tenu de ce bilan, il semblait probable (voire hautement probable) que l'événement du 27 juin 2011 soit à l'origine de cette lésion du LCB. Plus encore, on pouvait estimer que l'événement en question avait porté le « coup de grâce » sur un tendon déjà fragilisé et chroniquement malmené. Preuve en était l'observation d'une sclérose entourant son sillon, témoin d'une dysfonction de longue date. Les examens avaient également démontré une large lésion de la coiffe des rotateurs, sans signe indirect d'une lésion aiguë (œdème tendineux, bursite sous-acromiale floride, épanchement, etc). La trophicité musculaire des tendons de la coiffe des rotateurs n'était alors pas décrite. L'échographie suivante réalisée le 31 août 2011, immédiatement après le deuxième traumatisme intéressant l'épaule gauche, révélait sensiblement les mêmes choses, et il était fait état d'une amyotrophie musculaire, prédominante au sus-épineux, sans autre précision. L'examen scannographique effectué le 26 septembre 2011, soit trois mois après le premier traumatisme et cinq à six semaines après le second, avait confirmé la présence d'une large lésion de la coiffe des rotateurs (sus- et sous-épineux), associée cependant à une atrophie majeure des corps charnus, assortie d'une dégénérescence grasseuse avancée (stade III-IV). Ce tableau rendait compte d'une incompetence ou d'une fonction inadéquate de ces deux muscles, présente de longue date. Étant rappelé que le délai communément admis pour l'apparition d'une dégénérescence grasseuse, chez un muscle de la coiffe des rotateurs, était d'au moins 6 mois, il était clairement plus long pour atteindre

un stade avancé de la maladie (stade III-IV). En considérant ces éléments, il semblait évident que la lésion de la coiffe des rotateurs qui siégeait à l'épaule gauche de l'assuré (comme pour l'épaule droite) s'était constituée bien avant les événements assurés. Cette situation fragile, précaire, s'était a priori transitoirement décompensée par l'événement du 27 juin 2011, qui était, ne serait-ce que partiellement, responsable de la rupture du LCB, seule à pouvoir être prouvée sur la base des éléments radiologiques. La preuve d'une implication mineure de cet événement sur la fonction de l'épaule était apportée par le physiothérapeute qui évoquait une amplitude en élévation de 150°, à peine six semaines après le traumatisme, valeur qui faisait évoquer une récupération fonctionnelle spontanée bien avancée et assez rapide, suivant le schéma habituel d'une rupture du LCB sur une coiffe dégénérative. Quant à l'événement du 17 août 2011, il n'avait manifestement pas généré de lésion structurelle significative, vu la comparaison des deux examens ultrasonographiques des 4 juillet et 31 août 2011. L'expert a derechef souligné qu'une rupture du LCB cessait généralement de déployer ses effets après un délai de quelques semaines. Il n'avait pas d'argument probant justifiant un délai de récupération différent de l'épaule gauche suite à l'événement du 27 juin 2011, par rapport à celle de l'épaule droite suite à l'événement du 5 novembre 2010. Une récupération fonctionnelle était ainsi attendue après quelques semaines, au maximum après trois mois. L'expert s'est également prononcé sur l'appréciation du médecin traitant, lequel retenait que les deux événements des 27 juin et 17 août 2011 avaient généré la lésion de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche, arguant que cette dernière était indemne auparavant, preuve en était une mesure dynamométrique de la force des deux épaules, faite en mars 2011, mesure qui avait révélé des résultats quasi-similaires au test de JOBE (sus-épineux), de 13 kg et de 15 kg. L'expert a exposé qu'une récente étude japonaise, visant l'évaluation des restrictions des activités quotidiennes chez des patients présentant une déchirure de la coiffe des rotateurs, versus ceux sans déchirure, parlait d'une différence statistiquement significative de la force en élévation chez les patients atteints. Plus encore, on signalait que ces derniers avaient de la peine à soulever ne serait-ce que 3,6 kg et, surtout, à les maintenir à la hauteur de l'épaule. Cette valeur était largement inférieure à celle évoquée chez l'assuré. Cette différence ne pouvait que laisser songeur, et posait la question de l'utilité de ces mesures, voire de leur probité. En réalité, il n'y avait pas de corrélation entre le degré d'atteinte d'une coiffe et la force que pouvait développer une épaule, ceci compte tenu de la synergie possible entre les divers muscles. Cet élément avait été maintes fois cité dans la littérature. L'échec de la première intervention n'était pas surprenant, tant la maladie de la coiffe des rotateurs avait évolué, constituant le contexte d'une tête chauve, caractéristique d'une incompetence chronique et massive de la coiffe, empêchant d'obtenir une suture étanche, la qualité tissulaire, ainsi que la fonction musculaire, ne laissant par ailleurs peu ou pas d'espoir de guérison. L'expert a finalement répondu aux questions de l'assureur et indiqué que la relation de causalité naturelle entre l'événement du 5 novembre 2010 et la déchirure du tendon du muscle LCB de l'épaule droite était jugée possible, voire probable. En revanche, le lien de causalité entre le même événement et la lésion de la coiffe des rotateurs, essentiellement le sus-épineux, l'arthropathie glénohumérale, voire l'arthropathie acromio-claviculaire, paraissait hautement, voire très hautement, improbable. Pour la seule lésion du LCB, le délai d'atteinte du statu quo ante et sine ne devait pas dépasser les trois-quatre mois au maximum. Au-delà, le cursus de l'épaule droite était régi (haute, voire très haute, vraisemblance) par le potentiel évolutif des troubles dégénératifs préexistants. La relation de causalité naturelle entre l'événement du 27 juin 2011 et la déchirure du tendon

du muscle LCB de l'épaule gauche était jugée probable. En revanche, le lien de causalité entre le même événement et la lésion de la coiffe des rotateurs, voire l'arthropathie acromio-claviculaire, paraissait hautement, voire très hautement, improbable. Pour la seule lésion du LCB, l'expert ne retenait aucun argument justifiant un délai d'atteinte du statu quo ante et sine sensiblement différent que celui retenu pour l'épaule droite. Au-delà, le cursus de l'épaule gauche était également régi (haute, voire très haute, vraisemblance) par le potentiel évolutif des troubles dégénératifs préexistants. Aucune incapacité de travail, relative aux événements des 5 novembre 2010 et 27 juin 2011 n'était justifiée au-delà des délais d'atteinte du statu quo ante et sine respectifs. 30. Le Bureau central des expertises de la SUVA a estimé le 19 juin 2013 que l'expertise du 6 juin 2013 était claire, précise et argumentée, et qu'elle avait une valeur probante. 31. Par décision du 3 octobre 2013, notifiée à l'assuré et à son assureur-maladie, ASSURA-BASIS SA (ci-après : la caisse-maladie), l'assureur a fixé le statu quo ante et sine au plus tard quatre mois après le sinistre du 5 novembre 2010 pour l'épaule droite et au plus tard quatre mois après l'événement du 27 juin 2011 pour l'épaule gauche. Elle a déclaré mettre un terme à ses prestations pour le traitement médical et le versement des indemnités journalières au 5 mars 2011 concernant la première lésion, respectivement au 27 octobre 2011 s'agissant de la seconde. 32. Par opposition du 31 octobre 2013, complétée le 8 novembre 2013, la caisse-maladie a indiqué que le Dr I_____ avait considéré que l'intervention du 2 novembre 2011 relevait des suites de l'accident du 27 juin 2011 et que le traitement devrait être pris en charge jusqu'à la fin de l'année 2012. 33. En date du 4 novembre 2013, l'assuré a également contesté la décision de l'assureur. L'assuré a joint à son opposition un rapport établi le 4 novembre 2013 par la Dresse -B_____, laquelle a rappelé que l'assuré avait toujours pu pratiquer son activité professionnelle et ne relatait aucun antécédent accidentel aux épaules. Bien qu'elle ne remettait pas en doute que le travail de l'assuré soit très exigeant et ait pu causer des lésions dégénératives des tendons, ces dernières étaient totalement asymptomatiques et l'assuré avait pu pratiquer son activité sans restriction jusqu'au moment de l'accident de l'épaule droite. S'agissant des diagnostics retenus par l'expert, la médecin traitant a mentionné, concernant l'épaule droite, qu'il était clairement établi que l'assuré avait subi un traumatisme qui avait créé une rupture aigüe du LCB. En outre, l'échographie décrivait une déchirure transfixiante du sus-épineux et la notion de tendinopathie n'y était pas notée. Concernant l'épaule gauche, la notion d'entorse était discutable car il s'agissait d'un traumatisme ayant entraîné une rupture du LCB et il était objectivé une rupture du sus-épineux et du sous-épineux. Elle a rappelé que les événements des 27 juin et 17 août 2011 avaient été des traumatismes importants ayant entraîné une péjoration des lésions de la coiffe. À son avis, vu l'âge de l'assuré et sa capacité fonctionnelle avant le traumatisme, le sinistre avait joué un rôle prépondérant dans l'évolution de l'épaule gauche. Elle contestait le statu quo sine établi par l'expert à trois ou quatre mois après l'accident de l'épaule gauche. 34. Une IRM de l'épaule droite effectuée le 3 décembre 2013 a confirmé une atrophie et une dégénérescence graisseuse de grade II du muscle sus-épineux et de la partie supérieure du muscle sous-scapulaire. 35. Par décision du 17 décembre 2013, l'assureur a rejeté les oppositions de l'assuré et de la caisse-maladie, et confirmé sa décision du 3 octobre 2013. 36. Saisie d'un recours de la caisse-maladie, et de l'assuré, la chambre de céans a statué le 9 septembre 2014 (ATAS/991/2014). Elle a admis les recours, annulé la décision sur opposition, et renvoyé la cause à l'assureur pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a certes considéré que le rapport

d'expertise du Dr J_____ répondait aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et que les remarques de la médecin traitant n'étaient pas propres à remettre en doute ladite expertise. Toutefois, le Dr J_____ n'excluait pas que les accidents des 5 novembre 2010 et 27 juin 2011 avaient pu léser les tendons de la coiffe des rotateurs, soit des lésions assimilées à un accident selon la jurisprudence. L'origine dégénérative desdites lésions n'ayant pas été clairement établie, les status quo ante vel sine fixés par l'expert, tenant uniquement compte des lésions du LCB, à l'exclusion des atteintes à la coiffe des rotateurs, étaient incorrects. Aussi appartenait-il à l'assureur de déterminer si les troubles dont souffrait l'assuré étaient encore d'origine accidentelle, ou exclusivement dégénérative, et le cas échéant depuis quand. ![/endif]>![if> Les parties n'ont pas recouru.

37. Par courrier du 12 janvier 2015, l'assureur a informé l'assuré qu'il entendait procéder à une expertise médicale, laquelle serait réalisée par le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Une copie de la liste des questions lui a été remise, avec un délai pour la compléter et faire valoir d'éventuelles objections à l'encontre de l'expert. ![/endif]>![if> 38. Par courrier du 2 mars 2015, l'assuré s'est opposé à cette expertise, considérant qu'elle était inutile ; les certificats médicaux démontraient qu'il était en incapacité totale de travailler. La Dresse B_____ a, à maintes reprises, attesté une incapacité de travail totale de l'assuré, en dernier lieu jusqu'au 31 juillet 2015. ![/endif]>![if> 39. Par décision du 11 mars 2015, l'assureur, après avoir souligné la nécessité d'obtenir un rapport complet sur l'état de santé de l'assuré et les restrictions éventuelles dans sa profession, a ordonné une expertise, confiée au médecin prénommé. ![/endif]>![if> 40. Le 27 août 2015, un arthro-scanner de l'épaule droite a été réalisé, qui confirmait une déchirure totale du tendon supra-spinatus (sus-épineux), associée à une infiltration graisseuse au stade III, une déchirure de la partie antéro-supérieure du tendon infra-spinatus (sous-épineux), sans infiltration graisseuse décelable, et un effilochement du tendon sub-scapulaire, associé à une désinertion au niveau de sa partie supérieure, laquelle présentait une infiltration graisseuse importante. L'analyse montrait également une atteinte dégénérative de l'articulation gléno-humérale débutante. ![/endif]>![if> 41. Dans son rapport du 5 novembre 2015, le Dr K_____, après avoir examiné l'assuré le 6 août 2015 et commenté le bilan radiologique, a expliqué que « la coiffe des rotateurs est soumise au fil du phénomène naturel du vieillissement à un processus dégénératif, qui s'échelonne sur différents stades caractéristiques. Quoique le vieillissement biologique ne soit pas dépendant de l'âge chronologique, il est néanmoins admis de façon unanime que les pertes de substance de la coiffe d'étiologie dégénérative s'accroissent, l'âge aidant, en ce qui concerne leur fréquence, leur épaisseur et leur étendue, ce qui a pu être démontré dans une recherche de la littérature pratiquée dans ce contexte. Cependant, les lésions partielles sont rares avant l'âge de 35 à 40 ans mais leur nombre s'accroît dans la cinquième décennie pour aboutir après 50 ans aux pertes de substance totales transfixiantes (...) ». ![/endif]>![if> Se référant à l'opinion de divers auteurs, l'expert a conclu que « moins l'action vulnérante est importante, plus la lésion dégénérative ou malade du tendon du sus-épineux doit être importante afin qu'une rupture puisse se produire ». Il a ensuite ajouté, se basant sur la littérature, que peu importe l'étiologie, traumatique ou dégénérative, le délai d'apparition d'une dégénérescence graisseuse est long, se comptant en plusieurs semestres, voire années. Ainsi, selon une étude, les délais des stades 0 à I sont de deux ans en moyenne ; les stades II de trois ans et demi en moyenne ; et les stades IV de six ans et demi en moyenne. L'expert a estimé que cette étude était intéressante, car « elle montre que quelle que soit l'étiologie traumatique ou dégénérative, ou alors traumatique surajoutée à une pathologie

dégénérative, dans tous les cas la dégénérescence graisseuse s'acquiert après un minimum de deux ans après la rupture du tendon ». Sur cette base, il a, au vu de l'examen du 9 novembre 2010 de l'épaule droite, lequel mettait en évidence « une ostéophytose inférieure de la tête humérale, des lésions dégénératives infra-osseuses sous forme de kyste intra-capital, un amincissement du cartilage glénoïdien et de la tête humérale et une rupture pratiquement complète et totale du tendon du sus-épineux rétractée en zone intermédiaire, associée à une amyotrophie avec un signe de la tangente positif dans la loge sus-épineuse et une dégénérescence graisseuse stade II selon Goutallier, bien visualisée sur les coupes en sagittal », considéré que la rupture du tendon du sus-épineux datait d'environ trois ans et demi de moyenne, de sorte qu'il s'agissait d'une rupture ancienne. Selon lui, les lésions cartilagineuses et ostéophytaires osseuses confirmaient l'ancienneté des lésions.

« L'ensemble était donc pathognomonique d'une arthrose de l'épaule droite ». Analysant l'IRM de l'épaule droite du 3 décembre 2013, laquelle faisait état « de lésions anciennes et connues du tendon du sus-épineux, mais également une atteinte marquée du tendon du sous-épineux, avec une amyotrophie et une dégénérescence graisseuse stade II également de la partie supérieure du sous-scapulaire, tendon qui n'était pas lésé lors du bilan par arthro-IRM du 9 novembre 2010 », le Dr K_____ a écrit qu'il « s'agit typiquement de l'évolution de la maladie dégénérative de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, maladie qui dans certain cas ne touche pas un tendon isolé (classiquement le tendon du sus-épineux) qui se fragilise, se rompt partiellement dans sa largeur, voire dans son épaisseur, puis complètement à son niveau d'insertion sur l'os dans le trochiter, puis reste stable durant des années. Dans certain cas, la maladie dégénérative ne touche pas simplement le sus-épineux, mais également les tendons intimement adjacents, c'est-à-dire derrière et devant, soit le sous-épineux et le sous-scapulaire, de même que le tendon du long chef du biceps, qui est également un tendon intra-articulaire ». Cela dit, il a souligné que « les ruptures spontanées du tendon du long chef du biceps 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 ». Enfin, il a repris le résultat de l'arthro-scanner de l'épaule droite du 27 août 2015, postérieure à l'opération réalisée le 12 mars 2014 [en vue de la réparation du sus-épineux (cf. le protocole opératoire du 14 mars 2014)], confirmant la « redéchirure totale du tendon du sus-épineux (...) avec une amyotrophie massive et une augmentation de la dégénérescence graisseuse du corps musculaire du sous-épineux (...). La suture chirurgicale a donc été un échec complet. Il s'agit de l'évolution naturelle de cette atteinte massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ». S'agissant de l'épaule gauche, l'expert a rappelé le résultat de l'échographie du 4 juillet 2011 et celui de l'arthro-scanner du 26 septembre 2011, lequel mettait en évidence une infiltration graisseuse de stade III à IV du muscle sus-épineux, et de stade III du muscle sous-épineux, ainsi qu'une infiltration graisseuse du muscle sous-scapulaire. Se référant à la littérature, il a retenu que ces atteintes avaient six ans et demi d'ancienneté. Il a également souligné l'échec chirurgical de cette épaule-ci. Aussi conclut-il qu'aucun élément objectif démontrait que les événements des 5 novembre 2010, 27 juin 2011 et 17 août 2011 avaient entraîné les lésions de la coiffe des rotateurs. Selon l'expert, l'assuré présentait une « pathologie grave, massive, bilatérale de ses coiffes des rotateurs des deux épaules, [de sorte que] les trois événements n'ont été tout au plus que des facteurs déclenchants, aucunement déterminants, et ont rendu symptomatiques des lésions massives préexistantes. Ces événements n'ont été, sur le plan de la causalité naturelle, qu'une causalité aléatoire tant pour la lésion du long chef du biceps, que pour l'ensemble de la coiffe des rotateurs de deux côtés. Ils n'ont fait que

révéler une pathologie préexistante (...). Il s'agit d'une causalité aléatoire qui serait de toute façon survenue à l'occasion d'un mouvement banal de la vie quotidienne, tant pour l'épaule gauche que pour l'épaule droite ». 42. Par courrier du 18 janvier 2016, l'assuré a contesté la validité de cette expertise. Il a reproché à l'expert de ne pas avoir mentionné dans son rapport les documents qui lui avaient été soumis par l'assureur. Il a également déploré le déroulement de son examen ; l'expert aurait déclaré à cette occasion que les explications de l'assuré n'avaient aucune importance. En outre, l'expertise ne répondait pas aux questions posées dans l'arrêt de renvoi de la chambre de céans, et contredisait les pièces du dossier. Enfin, l'assuré a répété que l'événement du 17 août 2011 avait joué un rôle déterminant sur l'évolution de son épaule gauche, de sorte qu'il était erroné d'affirmer que celle-ci « aurait été identique avec n'importe quel accident de la vie quotidienne ». 43. Le 19 janvier 2016, l'assureur a communiqué le courrier précité à l'expert, et invité ce dernier à examiner si les commentaires de l'assuré modifiaient son appréciation. 44. Le 10 février 2016, l'expert a affirmé qu'il maintenait sa position. L'assuré avait la possibilité de demander à l'assureur une copie des documents soumis, mettant, par ailleurs, en exergue qu'un expert n'avait pas à exprimer l'empathie que le médecin traitant devrait manifester lors d'un entretien thérapeutique. Selon l'expert, il avait répondu aux questions posées dans l'arrêt de renvoi, les événements étant de causalité aléatoire, la fixation du statu quo ne se posait pas. 45. Le 17 février 2016, l'assureur a sollicité du Dr K_____ des informations complémentaires au vu de ses conclusions d'expertise. Celui-ci était appelé à préciser « pendant combien de temps au maximum il y avait lieu de considérer que la symptomatologie douloureuse déclenchée sur l'état dégénératif préexistant pouvait être mise en relation avec les traumatismes ». 46. Le 9 mars 2016, le Dr K_____ a répondu qu'il retenait une probable contusion de l'épaule gauche survenue le 17 août 2011, sans lésion récente objectivée à l'arthro-scanner du 26 septembre 2011. Sur cette base, il fixait le statu quo sine à la date de réalisation de ce scanner, correspondant environ à six semaines, délais habituels pour la guérison des contusions simples. 47. Par décision du 4 avril 2016, l'assureur, se ralliant aux conclusions des Drs K_____ et J_____, a 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. Les indemnités ayant été accordées jusqu'au 31 juillet 2015, le droit aux prestations pour le traitement médical et les indemnités journalières cessait à cette date. 48. Le 6 mai 2016, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition, réitérant le rôle prépondérant joué par les accidents dans l'évolution de sa situation médicale. 49. Par décision du 7 juin 2016, l'assureur a rejeté l'opposition. 50. Par acte du 8 juillet 2016, complété le 15 juillet 2016, sous la plume de son conseil, l'assuré a formé recours, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition du Prof. H_____ et de la Dresse B_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, et principalement, à l'annulation de la décision sur opposition, à la constatation que l'assureur devait prendre en charge tous les troubles et frais relatifs aux deux épaules, au rétablissement des indemnités journalières de CHF 115.73 par jour, dès le 1^{er} octobre 2013, avec intérêts à 5% l'an, à la condamnation de l'assureur au paiement des arriérés de CHF 117'003.- avec intérêts à 5% dès le 15 janvier 2015 pour la période du 1^{er} octobre 2013 au 8 juillet 2016, et à la condamnation de celui-ci à continuer à s'en acquitter à compter du 9 juillet 2016. Rappelant, en substance, les termes de son courrier du 18 janvier 2016, il a persisté dans les développements juridiques de son premier recours. 51. Dans sa réponse du 25 août 2016, l'assureur a conclu au rejet du

recours. Il s'est référé à l'expertise du Dr K_____, laquelle jouissait, selon lui, d'une pleine force probante. Il a ajouté qu'il était en droit de cesser les prestations ex nunc et pro futuro sans motif de reconsidération ou de révision s'il n'en demandait pas remboursement, de sorte qu'il avait agi correctement en mettant un terme aux prestations le 31 juillet 2015. 52. Par courrier du 15 septembre 2016, l'assuré a renoncé à répliquer, se contentant de persister intégralement dans les développements et conclusions de son recours, et de sa détermination subséquente. 53. Interrogé par la chambre de céans, le Dr J_____ a indiqué le 12 janvier 2017 que « l'assuré allègue avoir ressenti des omalgies droites après l'événement survenu le 5 novembre 2010, puis des omalgies gauches après l'événement survenu le 27 juin 2011. Selon mon rapport du 6 juin 2013, l'un ou l'autre de ces événements a possiblement/probablement décompensé, mais de manière transitoire, l'état dégénératif préexistant des deux épaules ». Le médecin a ajouté que « la pathologie de la coiffe des rotateurs présente aux deux épaules de ce patient au moment de mon examen était manifestement d'origine dégénérative ». Il a également précisé que « selon mon appréciation et mes réponses au questionnaire de l'expertise, le délai d'atteinte du statu quo ante sine pour chacun des événements énoncés fut de trois-quatre mois au maximum ». 54. Le 2 février 2017, l'assureur a constaté que les conclusions du Dr J_____ rejoignaient celles du Dr K_____, les deux experts étant convaincus du caractère dégénératif des coiffes des rotateurs de l'assuré. Il renvoie pour le surplus à sa réponse du 23 août 2016. 55. Le 22 février 2017, l'assuré a quant à lui relevé que le Dr J_____ se contredisait, lorsqu'il répondait que la pathologie de la coiffe des rotateurs était manifestement d'origine dégénérative et qu'il retenait parallèlement un statu quo ante sine de trois quatre mois. Il considère que la réponse du Dr J_____ est claire en ce sens qu'il y a bien un lien de causalité entre les événements traumatiques et les lésions à la coiffe des rotateurs des deux épaules puisqu'il affirme que l'un ou l'autre de ces événements a possiblement/probablement décompensé l'état dégénératif préexistant des deux épaules. Il regrette qu'il ne soit pas fait mention de la chute du 16 août 2011 avec réception sur l'épaule gauche. Il joint à cet égard un rapport établi par la Dresse B_____ le 7 février 2017, aux termes duquel : « L'expert ne retient pas la notion de facteur déterminant aggravant à l'état antérieur. Il se base sur les documents échographiques faits après le premier accident et le deuxième accident. Je rappelle que c'est cette évaluation qui pose problème. L'expert considérant que l'événement traumatique du 27 juin 2011 n'a pas joué un rôle déterminant mais dans ses réponses il ne mentionne pas la chute du mois d'août qui elle était un événement traumatique beaucoup plus vulnérant qu'un simple mouvement en porte-à-faux, soit une violente chute de sa hauteur sur le côté gauche chez un patient pesant plus de 100 kilos, avec développement d'emblée d'une épaule pseudo-paralytique. Il s'agit donc ici de deux événements traumatiques, un modéré et un plus violent survenus dans l'espace de deux mois. Je n'ai pas changé d'attitude. À mon avis, l'événement d'août 2011 a joué un rôle déterminant dans l'évolution du cas. ». L'assuré en conclut qu'une nouvelle expertise est indispensable, compte tenu des multiples contradictions des experts sur les faits et constatations médicales entre eux et par rapport à l'arrêt de la chambre de céans du 9 septembre 2014. 56. Le 2 mars 2017, l'assuré a pris connaissance des observations de l'assureur du 2 février 2017 et a persisté dans ses conclusions. 57. Par courrier du 13 juin 2017, l'assureur s'est déterminé sur le rapport de la Dresse B_____ du 7 février 2017, en rappelant que « s'il est vrai que le Dr J_____ ne parle pas de l'évènement d'août 2011 dans son rapport du 12 janvier 2017 à votre attention, il n'en

demeure pas moins qu'il en a tenu compte dans son rapport d'expertise (M61), tout comme l'a fait l'expert le Dr K_____ dans son rapport d'expertise du 5 novembre 2015 (M86). Ce dernier retient pour cet évènement une simple contusion de l'épaule gauche (M89) ». 58.

Ce courrier a été transmis à l'assuré, puis la cause 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) en vigueur dès le 1^{er} 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).!

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. 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).

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 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA – RS/GE E 5 10]). !

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 5 novembre 2010 et 27 juin 2011. !

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'évènement 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). !

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 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). 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). 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. 9. 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. 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. 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).![[endif]]>![if> 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).![[endif]]>![if> 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).![[endif]]>![if> 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).![[endif]]>![if> 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 pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

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).

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).! [endif]> [if] 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. [endif]> [if] 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 17 août 2011 pour ce qui est de l'épaule gauche. 16. Dans son arrêt du 9 septembre 2014 (ATAS/991/2014), la chambre de céans a considéré que le rapport du Dr J_____ a pleine valeur probante. Selon ce médecin, la lésion de la coiffe des rotateurs (sus- et sous-épineux, arthropathie glénohumérale, arthropathie acromio-claviculaire) aux deux épaules existait avant les événements en question, laquelle est affectée par un processus dégénératif chronique. Cela étant, il a indiqué que l'action vulnérante qu'avaient subi les deux épaules était susceptible de léser un tendon, déjà fragilisé, de la coiffe des rotateurs. S'agissant de la rupture du LCB, les accidents avaient certainement généré la rupture dudit tendon, « qui fut très vraisemblablement un épiphénomène dans le cadre d'une coiffe des rotateurs chroniquement malade ». Il en a conclu que la relation de causalité naturelle entre l'accident du 5 novembre 2010 pour l'épaule droite, et celui du 27 juin 2011 pour l'épaule gauche et la déchirure du tendon du muscle LCB était probable. Pour la seule lésion du LCB des deux épaules, le délai de récupération du statu quo ante et sine était de quatre mois au maximum. Le lien de causalité entre ces mêmes événements et la lésion des coiffe des rotateurs paraissait, par contre, très hautement improbable. [endif]> [if] La chambre de céans a estimé que l'avis du Dr J_____ ne permettait pas d'exclure que les accidents précités n'avaient pas joué de rôle sur l'atteinte de la coiffe des rotateurs. En conséquence, les status quo ante vel sine retenus par cet expert, tenant uniquement compte des lésions du LCB, à l'exclusion des atteintes à la coiffe des rotateurs, étaient incorrects. La chambre de céans a également souligné qu'elle ne pouvait non plus se fier au statu quo sine fixé par le Dr I_____, médecin-conseil, dans son rapport du 19 novembre 2012 (soit à la fin de l'année 2012), faute de motivation. Dans ces conditions, la décision sur opposition du 17 décembre 2013 était annulée, et la cause renvoyée à l'assureur pour qu'elle établisse si les troubles dont souffrait l'assuré étaient d'origine accidentelle, ou exclusivement dégénérative, le cas échéant, depuis quand. 17. L'assureur a alors mandaté le Dr K_____, lequel a établi un rapport d'expertise le 5 novembre 2015. [endif]> [if] 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. 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. [endif]> [if] 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 asséculogiques 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 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 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. 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). ![/endif]>![if> 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 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. 20. Reste à déterminer si l'assureur était en droit de mettre fin à ses prestations le 31 juillet 2015. ![/endif]>![if> 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). 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. 22. Le recours est, par conséquent, rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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