

GE_GERICHTE A/244/2014 vom 9. September 2014

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_244_2014

FR: GE_GERICHTE A/244/2014 du 9 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/244/2014 del 9 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause ASSURA-BASIS SA, sise Z.i. En Budron A1, MONT-SUR-LAUSANNE Monsieur A_____, domicilié à VESSY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves MAGNIN recourants contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, division sinistres, sise Thurgauerstrasse 101, ZURICH intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1960, travaille en qualité de boucher-charcutier-traiteur indépendant. A ce titre, il est assuré auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après la compagnie) contre le risque d'accidents, ainsi qu'en perte de gain maladie.![endif]>![if> 2. En date du 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. L'assuré a consulté la Doctoresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique le 8 novembre 2010, 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 palpation était sensible au niveau de la coracoïde et du sillon delto pectoral, l'arc de l'épaule était douloureux en élévation active dès 120°, néanmoins la mobilité passive était conservée à 170°. 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 Dr 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 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. 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 statut 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, les tests de BELLY PRESS, JOBE et GERBER étaient négatifs, 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. La Dresse B_____ a fait état de crépitations et signalé que l'élévation active était limitée à 40° à gauche, la rotation externe contrariée et la rotation interne douloureuse. Le bilan radiologique avait révélé une surélévation de la tête humérale. L'incapacité actuelle de travail était en relation avec le deuxième accident uniquement. L'assuré ne souhaitant pas d'intervention chirurgicale, la médecin-traitant ne lui avait pas proposé d'arthro-IRM. !

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 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 statut 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 Dr 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 Dr 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 présentaient 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, lequel avait complété la première rupture. 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 rétraction 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. Le 16 décembre 2011, la compagnie a clôturé le dossier relatif au premier accident, la capacité de travail de l'assuré étant totale dès le 14 juin 2011.!

19. 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.!

20. 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. !

21. 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. L'élévation active du bras en passif était conservée à 165°, en actif à 160°, en rotation externe à 30° et en rotation interne à L1. 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. [endif]>[if> 22. L'IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 31 juillet 2012. Dans son rapport rendu le jour même, le Dr G_____, radiologue FMH, 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> 23. Le 14 août 2012, la Dresse B_____ a rédigé un rapport à l'attention du Dr 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. A l'examen clinique, l'assuré présentait une atrophie modérée de la fossette sus et sous-épineuse, une élévation active à 180° associée à d'importantes crépitations, une rotation externe coude au corps à 30°, un test de PATTE positif et un test de JOBE indolore avec une force mesurée à 7 kg. 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> 24. La compagnie a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le Dr 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. A 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 la compagnie 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> 25. Par courrier du 23 novembre 2012, la compagnie a informé l'assuré des conclusions de son médecin-conseil.![endif]>![if> 26. 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> 27. 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. Etant 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 considérait 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> 28. Le 17 décembre 2012, la compagnie a prié le Bureau central des expertises de la SUVA de mettre en œuvre une expertise afin vérifier l'appréciation de son médecin-conseil.![endif]>![if> 29. 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 rupture itérative massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et un status post arthroscopie de l'épaule (reconstruction de la coiffe des rotateurs avec une acromioplastie le 2 novembre 2011). Son intervention a consisté en un transfert du grand dorsal, une acromioplastie et une réparation partielle de la coiffe des rotateurs.![endif]>![if> 30. Le 5 février 2013, la compagnie a informé l'assuré qu'une expertise médicale serait réalisée par le Dr J_____. 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> 31. Par courriers des 25 février et 21 mars 2013, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a répondu ne pas avoir d'observation particulière quant aux questions, mais a sollicité des informations sur le nombre d'expertises confiées par la compagnie à l'expert choisi.![endif]>![if> 32. 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> 33. Le Dr 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 la compagnie, 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 paire 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 également 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 ressentait 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 graisseuse. 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. A 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 graisseuse avancée (stade III-IV). Ce tableau rendait compte d'une incompétence ou d'une fonction inadéquate de ces deux muscles, présente de longue date. Etant rappelé que le délai communément admis pour l'apparition d'une dégénérescence graisseuse, 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 de la médecin-traitant, laquelle 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 13kg et de 15kg. 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 la compagnie 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

E. 5

novembre 2010 et 27 juin 2011 n'était justifiée au-delà des délais d'atteinte du statu quo ante et sine respectifs. 34. Par rapport du 26 juin 2013, le Dr H_____ a constaté une amélioration continue très importante, avec une élévation possible à près de 90°. L'assuré présentait toutefois « une marque bleue gigantesque » suite à une chute sur son épaule gauche le 23 juin 2013. L'examen clinique montrait que le bras pouvait être tenu en élévation sans problème et que l'assuré pouvait également le baisser. Il pouvait lever activement le bras à 120°-130°, avec un passage très difficile vers 80°. La stabilisation scapulo-thoracique semblait excellente. 35. 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. 36. Par courrier du 16 septembre 2013, l'assuré a contesté la validité du rapport d'expertise. Il a déploré que l'expert ne se soit pas prononcé sur le nombre d'expertises que la compagnie lui avait confiées et que sa médecin-traitant n'avait pas été contactée. 37. En date du 1^{er} octobre 2013, la compagnie s'est adressée à l'assuré concernant son dossier perte de gain maladie. Elle a indiqué que l'expert avait rendu un complément à son rapport, dans lequel il estimait que l'incapacité de travail, en maladie, était justifiée pendant au minimum six mois après l'opération, puis une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée était possible. Afin de permettre à l'assuré d'entreprendre les démarches nécessaires à la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle, le versement des indemnités journalières à hauteur de 100% était poursuivi jusqu'au 30 novembre 2013. Dès le 1^{er} décembre 2013, les indemnités seraient au maximum de 50%. 38. Par décision du 3 octobre 2013, notifiée à l'assuré et à son assureur-maladie, ASSURA-BASIS SA (ci-après la

caisse), la compagnie 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.!

39. Par opposition du 31 octobre 2013, complétée le 8 novembre 2013, la caisse a soulevé que le Dr I_____ avait estimé 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.!

40. En date du 4 novembre 2013, l'assuré a également contesté la décision de la compagnie et invoqué une violation de son droit d'être entendu, alléguant que le médecin-conseil avait demandé un complément à l'expert, ce dont il n'avait pas été informé. Il a également fait grief à l'expert de ne pas s'être entretenu avec sa médecin-traitant.!

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 aiguë 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. A 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.

41. Par décision du 17 décembre 2013, la compagnie a rejeté les oppositions de l'assuré et de la caisse, et confirmé sa décision du 3 octobre 2013. Elle a notamment relevé que la SUVA avait considéré que le rapport d'expertise du Dr J_____ était clair, précis et argumenté. Le raisonnement « post hoc ergo propter hoc » de la Dresse B_____ ne permettait pas de s'écarter des conclusions convaincantes dudit rapport. En outre, le fait qu'un expert soit régulièrement mandaté par des compagnies d'assurance ne constituait pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à un manque d'objectivité ou de partialité. S'agissant du rapport du Dr I_____, la compagnie a relevé que ce dernier avait estimé que la lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche s'était constituée avant les événements assurés, de sorte que la compagnie était d'avis qu'elle ne devait pas prendre en charge l'opération du 2 novembre 2011.!

42. Par acte du 28 janvier 2014, la caisse a formé recours contre la décision précitée (A/244/2014), concluant à l'annulation de la décision contestée et à la prise en charge par la compagnie des troubles touchant le membre supérieur gauche jusqu'au 31 décembre 2012, aux motifs que l'intimée avait arbitrairement choisi l'expertise qui lui était la plus favorable et avait écarté celle du Dr I_____ du 19 novembre 2012, ainsi que le rapport de la Dresse B_____ du

décembre 2012, documents également émis par des spécialistes. En outre, même si les conclusions du Dr J_____ étaient retenues, l'intimée devrait prendre en charge l'intervention du 2 novembre 2011, les cinq jours séparant la fin de la prise en charge et cette intervention n'était pas clairement décisifs sur le plan médical, et l'opération aurait dû être pratiquée plus tôt, mais avait dû être repoussée par l'assuré pour des raisons professionnelles.![endif]>![if> 43. Le 3 février 2014, l'assuré a également recouru contre la décision de l'intimée (A/324/2014), concluant, sous suite de dépens, préalablement à l'audition des Drs H_____ et B_____, et à la mise en œuvre d'une expertise, principalement à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge tous les troubles et frais relatifs à ses deux épaules, et à ce que le rétablissement des indemnités journalières de CHF 115.73 soit ordonné dès le 1^{er} octobre 2013.![endif]>![if> Le recourant a en substance soutenu que le statu quo sine vel ante n'était pas rétabli, de sorte que le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il avait été causé ou aggravé par l'accident, devait être pris en charge par l'intimée. Il a contesté la force probante du rapport d'expertise, relevant notamment qu'aucune bibliographie n'accompagnait l'étude japonaise citée pour contester les références au score de CONSTANT, référence pour l'évaluation fonctionnelle de l'épaule. Il a également souligné que l'évolution favorable de l'épaule droite n'était pas abordée. 44. Par ordonnance du 17 février 2014, la chambre de céans a joint les causes A/244/2014 et A/324/2014 sous la cause A/244/2014 et imparti un délai à l'intimée pour se déterminer.![endif]>![if> 45. Dans sa réponse du 4 mars 2014, l'intimée a conclu au rejet des recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a soutenu que l'expertise du Dr J_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, que le raisonnement de la médecin-traitant du recourant était impropre à établir un rapport de causalité et que le Dr H_____ ne se prononçait pas sur le lien de causalité. A défaut d'éléments qui auraient été négligés par l'expert, rien ne permettait de s'écarter des conclusions de ce dernier, de sorte qu'une nouvelle expertise ne devait pas être ordonnée. Selon l'expert, la lésion de la coiffe des rotateurs à gauche n'était pas à mettre en relation avec l'accident du 27 juin 2011, voire celui du 17 août 2011, de sorte que l'opération ne pouvait être mise à sa charge, même si la date de l'intervention se rapprochait de celle correspondant au statu quo sine. En outre, ce n'était pas la date de l'opération qui était déterminante pour savoir à qui sa prise en charge incombait, mais celle de son indication.![endif]>![if> 46. Par écriture du 25 mars 2014, la recourante a relevé que l'intimée n'expliquait pas les raisons pour lesquelles elle s'écarterait des conclusions de l'expertise du Dr I_____ qu'elle avait pourtant elle-même mandaté.![endif]>![if> 47. Le 27 mars 2014, le recourant a maintenu ses conclusions et fait grief à l'intimée de ne pas se prononcer sur les contradictions mises en exergue dans son acte de recours, ainsi que sur l'absence de toute source ou reconnaissance de la prétendue étude japonaise. Il a en outre relevé que lors de son examen par le Dr J_____, il venait d'être opéré et portait une gouttière pour soutenir son bras gauche et ne pouvait pas faire certains mouvements.![endif]>![if> 48. Le 10 avril 2014, l'intimée a exposé que la référence faite par le Dr J_____ à une étude japonaise était un simple élément venant conforter son appréciation et qu'il ne tranchait pas la question du rapport de causalité sur la base de cette étude. Elle a maintenu que l'expert avait réalisé des tests et examens nécessaires pour pouvoir apprécier la situation médicale du recourant, et relevé que le Dr I_____ avait pris position sur la base des pièces médiales uniquement, contrairement au Dr J_____ qui avait examiné le recourant dans le cadre d'une expertise contradictoire. En outre, ces deux expertises se rejoignaient pour affirmer que l'évènement accidentel avait causé une

aggravation passagère seulement concernant l'épaule gauche.![endif]>![if> 49. Copie de cette écriture a été adressée aux recourants. ![endif]>![if> 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; RS 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA

s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> 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. En application de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. En vertu de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier

inclusivement.![endif]>![if> Les recourants ont adressé leurs actes de recours contre la décision de l'intimée du 17 décembre 2013, respectivement le 28 janvier 2014 pour la recourante et le 3 février 2014 pour le recourant. Le délai de 30 jours arrivant à échéance le samedi 1 er février 2014, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit, soit en l'occurrence le lundi 3 février 2014 (art. 38 al. 3 et 60 al. 2 LPGA). Les recours interviennent en temps utile et sont donc recevables, car interjetés au surplus en la forme prévue par la loi (art. 56ss LPGA). 4. Le litige porte sur le point de savoir si les lésions présentées par le recourant au niveau de ses épaules doivent être prises en charge par l'intimée postérieurement au 5 mars 2011 concernant l'épaule droite et au 27 octobre 2011 concernant la gauche.![endif]>![if> 5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).![endif]>![if> Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit

être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). b. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h). Les ruptures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses qui figurent dans la liste de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge

les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008). En outre, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

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

!endif>![if> 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la

libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

7. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. En l'occurrence, l'intimée se fonde sur le rapport d'expertise du Dr J_____ pour retenir que les troubles de la coiffe des rotateurs des deux épaules ne sont pas en relation de causalité avec les accidents assurés. Concernant les lésions des LCB, elle fixe le statu quo sine à quatre mois des événements, soit au 5 mars

2011 pour le sinistre affectant l'épaule droite, respectivement au 27 octobre 2011 pour celui relatif à l'épaule gauche. 9. La chambre de céans observe que ce document est basé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier, lequel comporte tous les rapports et documents radiologiques pertinents. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examen approfondis et un nouveau bilan radiologique des épaules a été effectué. Les plaintes du recourant ont été prises en compte et le spécialiste a procédé à une discussion et à une appréciation du cas détaillées. Ses conclusions sont fondées sur des explications circonstanciées et sérieusement motivées, de sorte qu'elles semblent des plus convaincantes. 10. a. Le recourant nie toute valeur probante à ce document, au motif notamment qu'il n'a pas été informé quant au nombre de mandats confiés à l'expert et met ainsi en doute l'impartialité de ce dernier. La chambre de céans rappelle toutefois que le fait qu'un expert soit régulièrement chargé par des compagnies d'assurance d'établir des rapports d'expertise ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à son manque d'objectivité et à sa partialité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_112/2010 du 17 août 2010 consid. 4.1 et les références). A défaut d'invoquer le moindre argument susceptible de douter de la neutralité de l'expert, la chambre de céans ne peut que conclure que cette critique est infondée. b. Le recourant fait ensuite grief à l'expert d'écarter les références au score de CONSTANT, référence pour l'évaluation fonctionnelle de l'épaule, « au motif d'une étude japonaise dont on ne sait rien ». Il rappelle à cet égard que son médecin-traitant a fait état d'une excellente force à 15 kg avant le premier accident de l'épaule gauche et a considéré qu'un éventuel état antérieur était totalement asymptomatique (rapport du 10 décembre 2012). La chambre de céans relève cependant que le Dr J_____ s'est expressément prononcé sur ce point dans son expertise, soulignant qu'il n'y avait pas de corrélation entre le degré d'atteinte d'une coiffe et la force que pouvait développer une épaule, en raison de la synergie possible entre les divers muscles, précisant en outre que cet élément avait été cité à répétition dans la littérature. L'absence de références à cet égard n'est pas suffisante pour douter des conclusions de l'expert, motivées et cohérentes. c. Le recourant se réfère enfin au rapport du 4 novembre 2013 de son médecin-traitant pour contester les conclusions du rapport d'expertise. La Dresse B_____ a relevé dans son rapport, s'agissant de l'épaule droite, que les lésions dégénératives des tendons étaient totalement asymptomatiques et que le recourant avait pu pratiquer son activité sans restriction jusqu'au moment du premier accident. Une telle argumentation, basée sur un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » n'est pas suffisante pour permettre de douter des conclusions de l'expert selon lesquelles le recourant présenterait un important état maladif préexistant. Le médecin-traitant a ensuite exposé qu'il était clairement établi que le recourant avait subi un traumatisme ayant créé une rupture aiguë du LCB. Etant rappelé que l'expert a conclu qu'il n'était pas exclu (relation causale possible/probable) que l'événement du 5 novembre 2010 ait généré la rupture du LCB et qu'il a ainsi également retenu l'existence d'un lien de causalité, la divergence d'opinions entre la Dresse B_____ et l'expert quant à la probabilité de ce rapport de causalité est sans importance. Le médecin-traitant a encore relevé que l'échographie avait décrit une déchirure transfixiante du sus-épineux. La chambre de céans rappelle que cet élément était parfaitement connu de l'expert qui en a tenu compte dans son évaluation. Il a toutefois souligné que l'atrophie du muscle sus-épineux révélait une dysfonction de longue date, que l'importante rétraction du tendon témoignait également d'une lésion ancienne, que l'aspect du trochiter attestait d'un processus dégénératif chronique et que l'hyperostose acromiale confirmait un conflit

sous-acromial chronique. Cette remarque de la médecin-traitant n'est donc pas de nature à faire douter des conclusions de l'expert. S'agissant de l'épaule gauche, la Dresse B_____ a mentionné que la notion d'entorse était discutable car le traumatisme avait entraîné une rupture du LCB et car une rupture du sus épineux et du sous-épineux avait été objectivée. Il est rappelé que l'expert a lui aussi retenu que l'événement du 27 juin 2011 pouvait être à l'origine de la lésion du LCB, tout en motivant les raisons pour lesquelles il était d'avis que ce tendon était déjà fragilisé de longue date. Il a également expliqué que la coiffe des rotateurs était atteinte d'un état maladif préexistant puisque, entre autre, l'échographie du 26 septembre 2011 avait mis en exergue une amyotrophie musculaire et une dégénérescence graisseuse avancée. L'appréciation divergente de la médecin-traitant quant au diagnostic n'est donc pas propre à remettre en cause les explications précises et circonstanciées de l'expert. Au demeurant, il est relevé que l'appréciation de l'expert quant à l'important état maladif préexistant est corroborée par le rapport du Dr I_____, lequel a mentionné qu'il était évident que les deux épaules présentaient un état dégénératif préexistant (rapport du 19 novembre 2012). 11. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. [endif]>![if> Toutefois, contrairement à ce que soutient l'intimée, ce document ne permet pas de nier tout lien de causalité naturelle entre les accidents assurés et les lésions de la coiffe des rotateurs des deux épaules, étant rappelé que l'on ne saurait se fonder sur une simple vraisemblance prépondérante en présence de lésions assimilées. En effet, le Dr J_____ a retenu, s'agissant de l'atteinte affectant la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, que « l'action vulnérante qu'a subi son épaule droite (...) correspondant vraisemblablement à un mouvement en porte à faux freiné de manière abrupte (en rattrapant 20-30 kgs de viande), fut peut-être susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs. Probablement pas un tendon sain, mais peut-être un tendon déjà fragilisé ». Il a conclu que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 5 novembre 2010 et la lésion paraissait « hautement, voire très hautement, improbable ». Concernant l'épaule gauche, l'expert a tenu le même raisonnement : « L'événement du 27 juin 2011, en tout point similaire à celui du 5 novembre 2010, a aussi généré une action vulnérante indirecte (porte à faux) sur ladite épaule, susceptible de léser un tendon ». Il a retenu que le lien de causalité naturelle entre le deuxième sinistre et la lésion paraissait « hautement, voire très hautement, improbable ». Bien que le Dr J_____ ait mentionné qu'il lui paraissait évident que la lésion de la coiffe des rotateurs qui siégeait à l'épaule gauche s'était constituée bien avant les événements assurés, tout comme celle de l'épaule droite, et qu'il ait souligné l'importance de l'atteinte malade préexistante, force est de relever qu'il n'exclut pas pour autant que les accidents aient pu léser un tendon de la coiffe des rotateurs. Dans une récente affaire comportant de nombreuses similitudes avec la présente procédure, notre Haute cour a confirmé un jugement admettant l'existence d'une lésion assimilée à un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2013 du 24 juin 2014). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a rappelé les explications exposées par l'expert qui avait été mandaté par l'assureur-accidents, à savoir que « l'action vulnérante de l'événement lui paraissait certes susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs vu la manière dont l'assuré avait chuté et la surcharge pondérale de celui-ci (BMI à 40) ; d'autres éléments en défaveur de cette hypothèse l'amenaient toutefois à conclure qu'un lien de causalité entre la chute et l'atteinte à l'épaule droite était invraisemblable - il en voulait pour preuve la présence d'une tendinopathie chronique aux deux épaules, plus importante à droite qu'à gauche, ainsi que d'une arthrose acromio-claviculaire, l'existence d'éléments de non organicité, l'âge de l'assuré au moment

de la lésion (62 ans) et, enfin, certaines caractéristiques visibles à l'IRM telles qu'une atrophie du corps charnu du sus-épineux, l'étendue de la rétraction tendineuse ainsi que l'aspect scléreux du trochiter ». Notre Haute cour en a conclu que ce médecin avait ainsi « expressément reconnu que la chute à hauteur d'homme de l'assuré, présentant de surcroît une importante surcharge pondérale, était susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs ». Elle a ajouté que selon les déclarations du médecin-traitant de l'assuré, dont rien ne permettait de douter de leur crédibilité, l'assuré ne s'était jamais plaint de douleurs au niveau des épaules avant l'accident assuré. En outre, il avait ressenti des douleurs et présentait une impotence fonctionnelle immédiatement après avoir chuté sur son épaule droite. La chambre de céans observe que, dans le cas d'espèce, l'appréciation de l'expert est analogue puisqu'il retient lui aussi que « l'action vulnérante (...) fut peut-être susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs », avant de mentionner que l'atrophie du corps charnu du muscle sus-épineux révélait une dysfonction de longue date, que la rétraction du moignon tendineux était beaucoup trop importante pour une lésion présumée fraîche, que l'aspect du sommet du trochiter démontrait l'existence d'un processus dégénératif régulier, que l'hyperostose acromiale confirmait un conflit sous-acromial chronique. De surcroît, il ressort également des faits de la cause que les symptômes ont été déclenchés par une cause extérieure, en l'occurrence l'accident du 5 novembre 2010 concernant l'épaule droite et celui du 27 juin 2011 concernant la gauche, puisque le recourant n'a jamais présenté auparavant de douleurs aux épaules, comme l'atteste son médecin-traitant. Compte tenu de la jurisprudence précitée, la chambre de céans ne peut que retenir que les conclusions du Dr J _____ ne permettent pas de déduire que les lésions de la coiffe des rotateurs seraient exclusivement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Dans ces circonstances, elles doivent être assimilées à un accident et leur prise en charge incombe à l'intimée, aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, à l'exclusion d'une origine accidentelle. Il est au surplus observé que le Dr I _____ a également exposé qu'il était possible que les tendons du sus et du sous-épineux aient subi une déchirure complémentaire, même partielle (rapport du 19 novembre 2012). 12. Reste donc à examiner si les status quo ante vel sine ont été atteints et ce, en tenant compte des diagnostics relatifs aux LCB, mais également des lésions touchant les coiffes des rotateurs des deux épaules. 13. a. La chambre de céans observe que les status quo tels que retenus par l'expert ne sont pas pertinents pour l'issue du litige puisqu'ils ont été fixés pour les seules lésions des LCB, sans tenir compte de l'évolution de l'atteinte des coiffes des rotateurs. Partant, c'est à tort que l'intimée a estimé que les status quo avaient été atteints le 5 mars 2011 pour le premier sinistre et le 27 octobre 2011 pour le deuxième. b. Concernant les autres documents produits dans le cadre de la présente procédure, il sied de relever que, dans son rapport du 19 novembre 2012, le Dr I _____ a conclu que les accidents des 5 novembre 2010 et 27 juin 2011 avaient provisoirement aggravé les importants troubles dégénératifs préexistants, et a fixé le statu quo sine à la fin de l'année 2012, sans toutefois justifier ses conclusions. Quant à la Dresse B _____, elle a contesté, dans ses rapports des 10 décembre 2012 et 4 novembre 2013, les status quo tels que définis par le Dr I _____ et par l'expert, mais n'a pas non plus livré d'argumentation à ce propos. A défaut de motivation suffisante, force est de conclure que ces documents ne permettent pas de définir si les troubles dont souffre le recourant ont encore une origine accidentelle ou si, au contraire, ils relèvent exclusivement d'une origine malade ou dégénérative, le cas échéant depuis quand. 13. A toutes fins utiles, la chambre de céans relève encore que l'intimée n'a pas mis un terme à ses prestations « ex nunc et pro futuro », puisqu'elle a mentionné, dans

sa décision litigieuse, y mettre fin au 5 mars 2011 pour les affections de l'épaule droite et au 27 octobre 2011 pour celles de l'épaule gauche. Conformément à la jurisprudence fédérale (cf. ATF 133 V 57 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_376/2007 du 20 juin 2008 consid. 5.2), elle aurait dû se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), ce qu'elle n'a pas fait. 14. Les recours sont donc admis et la décision sur opposition du 17 décembre 2013 est annulée, car les lésions présentées par le recourant à son épaule droite suite à son accident du 5 octobre 2010 et celles affectant son épaule gauche suite au sinistre du 27 juin 2011 doivent être assimilées à un accident. La cause est renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision. 15. Une indemnité de CHF 1'800.- est allouée au recourant, représenté par un mandataire, qui obtient gain de cause. En revanche, la recourante agit en personne et ne peut donc prétendre à des dépens. 16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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