

GE_GERICHTE A/2562/2011 vom 7. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2562_2011

FR: GE_GERICHTE A/2562/2011 du 7 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/2562/2011 del 7 maggio 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur S _____, domicilié à Genève recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne intimée EN FAIT 1. Monsieur S _____ (ci-après l'assuré), né en 1967, était employé par Monsieur T _____, X _____ Emplois, en qualité de plaquiste depuis le 16 novembre 2006. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après l'assureur).! [endif]>! [if> 2. Le 27 novembre 2009, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail, l'assuré a glissé dans les escaliers et chuté. ! [endif]>! [if> 3. Par rapport du 19 janvier 2010, le Dr A _____ a diagnostiqué des lombalgies et omalgies post-traumatiques et une entorse du pouce gauche. L'assuré se plaignait d'une douleur lombaire et des épaules ravivée par les moindres mouvements ainsi qu'une douleur au niveau des omoplates et au pouce gauche. Il a prescrit un arrêt de travail à 100 % dès le 27 novembre 2009, de la physiothérapie et une consultation chez un orthopédiste. ! [endif]>! [if> 4. Le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 4 janvier 2010 adressé au Dr A _____, il retient des contusions multiples, mais sans gravité, et une vraisemblable entorse du pouce gauche, dans un contexte où une tendance à l'aggravation ne peut être exclue. La mobilité des deux épaules était totalement normale dans tous les plans, malgré d'importantes douleurs diffuses. Au niveau du pouce gauche, saillie osseuse sur le versant radial de la métacarpophangienne. Les radiographies de la colonne cervicale montraient une lordose conservée et l'absence de discopathie ou de fracture. Le bilan radiologique des épaules était entièrement normal. ! [endif]>! [if> 5. Une échographie des épaules pratiquée le 5 janvier 2010 a mis en évidence des deux côtés, une tendinopathie du tendon supra-spinatus associée à une déchirure de la moitié supérieure et à une délamination horizontale de la partie latérale du tendon, plus importante à gauche (rapport du 6 janvier 2010 du Dr C _____, spécialiste FMH en radiologie). ! [endif]>! [if> 6. Par rapport du 18 janvier 2010, le Dr B _____ a constaté une limitation de la mobilité de nuque. Les deux épaules présentaient une mobilité complète, mais fortement douloureuse lors des amplitudes extrêmes. Il a diagnostiqué une entorse cervicale bénigne, la rupture des deux tendons supra-spinatus droite et gauche ainsi qu'une entorse métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Le traitement consistait en une immobilisation plâtrée du pouce et une infiltration corticoïde à l'épaule. Selon l'évolution, une intervention chirurgicale au niveau des épaules devait être envisagée. L'accident avait probablement provoqué la décompensation de tendinopathies chroniques des supra-épineux qui était peu symptomatique. Il était peu probable que la chute dans les escaliers ait pu provoquer une lésion tendineuse bilatérale, on s'attendrait plutôt à une déchirure unilatérale. ! [endif]>! [if> 7. L'arthrographie et l'imagerie à résonance magnétique

(ci-après IRM) de l'épaule gauche du 21 janvier 2010 a montré une déchirure non transfixiante du versant supérieur de l'insertion de la partie moyenne du tendon sus-épineux sur environ 10 mm de longueur dans le plan sagittal et plus des deux tiers de son épaisseur, ainsi qu'une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne associée (rapport du Dr D_____ du 22 janvier 2010). 8. L'assuré a été examiné le 26 janvier 2010 par la Dresse E_____. Par rapport du 28 janvier 2010, elle indique que l'assuré a chuté sur le dos, puis sur l'épaule gauche et ensuite sur l'épaule droite sur un étage (plus de dix marches). Il se plaignait essentiellement de douleurs à l'épaule gauche, à droite la douleur était moins marquée. Elle a diagnostiqué une contusion vertébrale simple, un syndrome de la coiffe des rotateurs bilatérale avec déchirure du sus-épineux à gauche et une entorse du pouce gauche. L'incapacité de travail était totale. La Dresse E_____ a eu le Dr B_____ au téléphone qui lui a indiqué avoir déjà suivi l'assuré pour des douleurs d'épaule avec infiltrations. La causalité était encore à déterminer vu l'état antérieur. L'avenir dans l'activité habituelle était probablement à reconsidérer. 9. L'arthrographie et IRM de l'épaule droite, pratiquée le 24 février 2010, a conclu à un foyer de désinsertion de la partie antérieure du sus-épineux, sans communication à son versant articulaire ou superficiel, sur environ 7 mm de plus grand diamètre, isolé (rapport du Dr D_____ du 24 février 2010). 10. Ce rapport a été soumis pour avis au Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève. Il a estimé, le 1 er mars 2010, que les troubles relevés dans les rapports du Dr B_____ du 18 janvier 2010 et de la Dresse E_____ du 28 janvier 2010 étaient en rapport avec les conséquences de l'accident du 27 novembre 2009. 11. Par rapport du 10 mars 2010, le Dr B_____ a diagnostiqué une déchirure partielle du sus-épineux à l'épaule gauche, une désinsertion du sus-épineux à l'épaule droite, une entorse métacarpo-phalangienne du pouce gauche avec arrachement osseux. Les douleurs persistaient aux épaules et au pouce. Les traitements étaient de la physiothérapie, ergothérapie et des infiltrations. La reprise du travail n'était pas encore prévue. En cas de persistance des douleurs, il proposait une intervention chirurgicale aux épaules. L'existence d'une lésion bilatérale de la coiffe chez un travailleur de force (appelé à manipuler des plaques de placo-plâtre entre 20 et 40 kg la journée) laissait supposer une incapacité partielle définitive, que le traitement soit chirurgical ou non. 12. A la demande du Dr B_____, l'assuré a été examiné le 17 mai 2010 à la consultation spécialisée de l'épaule des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG). Dans leur rapport du 21 mai 2010, les Drs G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, et H_____, médecin consultant, n'ont pas retenu, à l'examen des arthro-IRM, le diagnostic de rupture transfixiante, mais une tendinopathie du sus-épineux associée à une minime bursite. Le testing des différents tendons de la coiffe des rotateurs était ininterprétable en raison d'une sévère défense. Il n'y avait pas d'indication à se précipiter pour proposer un geste chirurgical, mais plutôt de la physiothérapie et des infiltrations. Un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) serait bénéfique. 13. Par rapport du 11 juin 2010, le Dr B_____ a diagnostiqué un traumatisme des deux épaules avec rupture partielle de la coiffe des rotateurs. Persistance de douleurs importantes diurnes et nocturnes, limitation articulaire à 70 degrés des deux côtés, début d'atrophie musculaire. Il proposait un séjour à la Clinique de Sion. Un dommage permanent était à craindre, vu la limitation de la mobilité et de la force des épaules. 14. Par rapport du 13 août 2010, le Dr B_____ a rappelé les diagnostics. L'infiltration de l'épaule gauche avait légèrement

amélioré les douleurs, les limitations fonctionnelles persistaient. L'épaule droite était douloureuse, mais sans réelle limitation fonctionnelle. 15. L'assuré a séjourné à la CRR du 15 septembre au 5 octobre 2010. Dans leur rapport du 2 décembre 2010, les Drs I _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et J _____, médecin-assistant, ont diagnostiqué des douleurs persistantes et une exclusion fonctionnelle du pouce gauche, une déchirure non transfixiante de l'insertion distale du sous-épineux de l'épaule gauche, une désinsertion du supra-épineux de l'épaule droite, une bursite sous-acromiale de l'épaule gauche, des contusions vertébrales simples, une entorse du pouce gauche (probablement du ligament collatéral radial du pouce) et un épisode dépressif moyen. Ils ont relevé lors de l'examen clinique un comportement douloureux marqué et des auto-limitations, rendant son interprétation difficile. Les radiographies des deux épaules réalisées le 21 septembre 2010 sont normales. Sur la radiographie du pouce gauche, il y a de discrets signes d'arthrose métacarpo-phalangienne, mais un interligne encore bon. Il est noté la présence d'un corps métallique étranger des parties molles. Du point de vue neurologique, l'examen électro-clinique est rassurant, montrant seulement au status une diminution subjective de la sensibilité tacto-algique pour tout le thénar, ne respectant pas les territoires neurologiques connus. Sur le plan de l'appareil loco-moteur, les médecins notent une discordance entre les données radiologiques relativement banales chez un travailleur de force et les données cliniques qui montrent une limitation importante des deux épaules et des douleurs persistantes au niveau du pouce. Enfin, sur le plan psychiatrique, le diagnostic d'épisode dépressif moyen est posé, pour lequel un traitement antidépresseur et un suivi psychologique sont préconisés. Il existait des limitations fonctionnelles dans le travail au-dessus du plan à l'horizontal de façon prolongée, avec des ports de charges. La reprise de l'ancienne activité sera probablement difficile à réaliser. Par contre, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, il y avait du point de vue somatique une pleine capacité de travail. Cependant, le comportement douloureux, les autolimitations, les croyances dysfonctionnelles (peur du mouvement, peur d'une re-blessure) ainsi que les facteurs non médicaux présents sont autant de facteurs de mauvais pronostic de la reprise effective d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

16. Selon le consilium de l'appareil locomoteur du 1^{er} octobre 2010, le Dr K _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a relevé que les arthro-IRM d'épaules montrent à peu près les mêmes lésions des deux côtés en un peu plus évoluées à gauche ; il s'agit d'une tendinopathie insertionnelle du supra-épineux avec, il est vrai, une petite déchirure superficielle du tendon à gauche et une bursite sous-acromiale. Il n'y avait en aucun cas une lésion transfixiante. Il y avait une discordance entre les données radiologiques somme toute relativement banales et les données objectives cliniques qui montrent une limitation importante des deux épaules et les douleurs persistantes au niveau du pouce. A son avis, ce comportement douloureux était une peur du mouvement et une peur d'aggraver les lésions surtout au niveau de l'épaule. Les limitations fonctionnelles lui paraissaient claires chez l'assuré avec une difficulté à travailler au-dessus du plan de l'horizontale de façon prolongée, le port de charges et les bras en porte-à-faux. L'activité de plâtrier-plaquetriste allait probablement être difficile à reprendre. Pour le pouce, le médecin retenait des séquelles douloureuses d'entorse probablement du ligament collatéral radial de la MP.

16. Dans une appréciation médicale du 23 février 2011, le Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève, relève qu'aucune lésion traumatique imputable à l'accident n'explique les limitations fonctionnelles, que des facteurs extra-médicaux jouent un rôle prépondérant dans

l'évolution défavorable et que la lésion tendineuse très partielle révélée à l'arthro-IRM de l'épaule droite traduit une atteinte ancienne, préexistante à l'accident, pouvant difficilement être mise en relation de causalité au degré de la probabilité avec les événements déclarés. Donc, aucune lésion traumatique n'ayant été identifiée aux examens complémentaires, on pouvait raisonnablement affirmer l'absence d'élément objectif somatique pour expliquer les plaintes. Les conséquences délétères du traumatisme initial doivent ainsi être considérées comme éteintes.![endif]>![if> 17. Par décision du 3 mars 2011, la SUVA a mis fin au paiement de l'indemnité journalière au 31 mars 2011, au motif qu'aucune lésion traumatique n'avait été mise en évidence aux examens complémentaires.![endif]>![if> 18. Le 4 avril 2011, l'assuré s'est opposé à la décision faisant valoir qu'il souffre toujours de douleurs persistantes dans les deux épaules ainsi qu'au pouce gauche.![endif]>![if> 19. Le 19 avril 2011, il a sollicité la restitution de l'effet suspensif.![endif]>![if> 20. Par décision incidente du 12 mai 2011, l'assureur a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif, ce que la Cour de céans a confirmé suite au recours interjeté par l'assuré (arrêt du 13 juillet 2011, ATAS/710/2011).![endif]>![if> 21. L'assureur a soumis le dossier de l'assuré au Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de l'assureur. Par rapport du 16 juin 2011, ce médecin a estimé que la chute du 17 novembre 2009 avec impact allégué direct sur le moignon postérieur de l'épaule gauche, puis de la droite, n'était pas en mesure de générer une lésion du sus-épineux chez le patient. De plus, lors de la première consultation auprès du Dr B_____, la mobilité des deux épaules était libre : ce n'est que dans l'évolution qu'elle s'est très nettement dégradée. Dans l'hypothèse d'une atteinte traumatique de la coiffe des rotateurs, on aurait dû escompter un scénario opposé, soit une impotence fonctionnelle immédiate relayée par une récupération progressive des amplitudes. En conclusion, il y a eu une aggravation passagère de l'état antérieur présent au niveau de la coiffe des rotateurs. Le statu quo sine était atteint très probablement quelques semaines déjà après l'accident du 27 novembre 2009.![endif]>![if> Ce médecin a relevé que comme les chirurgiens orthopédistes des HUG, il n'avait pas été en mesure de vérifier les diagnostics de rupture partielle du supraspinatus de l'épaule gauche et celui d'avulsion partielle du supraspinatus de l'épaule droite posés par le Dr D_____. S'agissant du pouce gauche, il observe sur la radiographie du 21 septembre 2010 effectuée à la CRR, une calcification localisée dans le ligament collatéral latéral à hauteur de l'articulation métacarpo-phalangienne, ce que le Dr B_____ avait déjà observé. Selon le Dr L_____, l'aggravation imputable à la chute n'avait été que temporaire. Les douleurs résiduelles ne pouvaient être imputées à un status post-entorse. 22. Par décision sur opposition du 20 juin 2011, l'assureur a maintenu sa position.![endif]>![if> 23. Par acte du 24 août 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail totale due aux séquelles physiques. Il explique qu'en dépit des soins prodigués, il se trouve toujours en incapacité de travail totale car les séquelles de son accident sont incompatibles avec sa dernière activité, à savoir celle de plaquiste. Il n'exclut pas pouvoir exercer une autre activité, à temps partiel ou à temps complet, dans une activité qui prenne en considération ses limitations. Il produit à ce sujet un rapport du Dr B_____ du 12 août 2011. Le recourant fait par ailleurs valoir qu'il lui est impossible d'exercer une quelconque activité, ce qui a été confirmé par l'Office cantonal de l'emploi (décision du 11 juin 2011 d'inaptitude au placement). Il explique qu'aucun employeur n'a accepté de l'engager. Il rappelle que selon le Dr B_____ (rapport du 13 août 2010), il présentait un traumatisme des deux épaules avec rupture partielle de la coiffe des rotateurs. Les médecins

de la CRR avaient constaté une déchirure du sus-épineux gauche et du supra-épineux droit avec une entorse du pouce gauche. Ce dernier diagnostic, qui s'appuie sur les diverses IRM, avait été repris par les Drs B _____, E _____ et les médecins de la CRR. Mais il avait été mis en doute par les chirurgiens orthopédistes des HUG et par le Dr L _____. Or, les éventuelles atteintes préexistantes n'avaient jamais eu aucune influence sur sa capacité de travail. C'était donc l'accident qui avait provoqué l'atteinte à sa santé, ajoutant que sans cet accident, il était hautement vraisemblable qu'il exercerait toujours son activité de plaquiste.![endif]>![if> 24. Par réponse du 24 octobre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il rappelle que le Dr L _____ a mis en évidence le fait que l'on ne peut pas vérifier chez le recourant le diagnostic de rupture partielle du supraspinatus de l'épaule gauche et celui d'avulsion partielle du supraspinatus de l'épaule droite. Dans ces conditions, il avait conclu à une aggravation simplement passagère de l'état antérieur présent au niveau de la coiffe des rotateurs et le statu quo sine atteint très probablement quelques semaines après l'accident. Les conclusions du Dr L _____ étaient bien motivées et parfaitement claires.![endif]>![if> 25. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 2 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 des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1).![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 345 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée pour la période postérieure au 31 mars 2011 en raison des atteintes dont il souffre aux épaules et au pouce gauche.![endif]>![if> 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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). ![endif]>![if> Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause

à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). Aux termes de 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. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs : a) les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie; b) les déboîtements d'articulations; c) les déchirures du ménisque; d) les déchirures de muscles; e) les élongations de muscles; f) les déchirures de tendons; g) les lésions de ligaments; h) les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b p. 147). 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. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA 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, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b; ATF 116 V 147 consid. 2c; ATF 114 V 301 consid. 3c; ATFA non publié U 162/06 du 10 avril 2007, consid. 4.2). Ainsi, à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2). 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; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46). Toutefois, 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 (ATF non publié du 10 avril 2004, cause U.162/2006, consid. 4.2; ATFA non publié du 6 août 2003, cause U 220/02 consid.

2). 6. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a).

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. Ainsi, lorsque, 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7. En l'occurrence, l'intimé se fonde sur le rapport du Dr L. _____ pour retenir que le statu quo sine était très probablement atteint quelques semaines après l'accident.

Dans son rapport du 16 juin 2011, le Dr L. _____ a considéré que la question de savoir si le recourant avait présenté une rupture partielle du sus-épineux de l'épaule gauche et une avulsion partielle à l'épaule droite pouvait rester ouverte, étant donné qu'au vu de la littérature médicale, la chute survenue le 17 novembre 2009 n'avait pas été en mesure de générer une lésion du sus-épineux. Il en a conclu que l'accident avait entraîné une aggravation passagère de l'état antérieur présent au niveau de la coiffe des rotateurs et le statu quo sine avait été atteint très probablement quelques semaines déjà après l'accident. S'agissant du pouce, l'aggravation imputable à la chute du 27 novembre 2010 n'avait été que temporaire. A la lecture des pièces du dossier, la Cour de céans constate que l'échographie des deux épaules a révélé une tendinopathie du tendon supra-spinatus associée à une déchirure de la moitié supérieure et à une délamination horizontale de la partie latérale du tendon, plus importante à l'épaule

gauche (rapport du 6 janvier 2010 du Dr C _____, spécialiste FMH en radiologie). Au vu de ces constatations, un bilan des lésions a ensuite été effectué par arthrographie et IRM : à l'épaule gauche, ont été constatées une déchirure non transfixiante du versant supérieur de l'insertion de la partie moyenne du tendon sus-épineux sur environ 10 mm de longueur dans le plan sagittal et plus des deux tiers de son épaisseur et une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne associée (rapport du Dr D _____ du 22 janvier 2010) ; à l'épaule droite, a été constaté un foyer de désinsertion de la partie antérieure du sus-épineux, sans communication à son versant articulaire ou superficiel, sur environ 7 mm de plus grand diamètre (rapport du Dr D _____ du 24 février 2010). La Cour de céans constate par ailleurs que les médecins qui ont examiné le recourant ont retenu une déchirure partielle du sus-épineux à l'épaule gauche (rapport du 28 janvier 2010 de la Dresse E _____ et rapport du 2 décembre 2010 des Drs I _____ et J _____) et une désinsertion du sus-épineux à l'épaule droite (rapport du 10 mars 2010 du Dr B _____, rapport du 2 décembre 2010 des Drs I _____ et J _____). Certes, le Dr L _____ n'a pas été en mesure de vérifier les diagnostics posés par les médecins précités et le Dr G _____ n'a retenu qu'une tendinopathie du sus-épineux associée à une minime bursite (rapport du 21 mai 2010). Leurs conclusions ne permettent cependant pas d'écarter les constatations détaillées résultant des examens complémentaires effectués par les Drs C _____ et D _____, tous deux spécialistes en radiologie. Enfin, le constat du Dr F _____ (rapport du 23 février 2011), selon lequel la lésion tendineuse de l'épaule droite traduirait une atteinte ancienne, préexistante à l'accident ne convainc pas. En effet, ce médecin ne motive pas cette conclusion, alors qu'il avait préalablement admis, dans son rapport du 1^{er} mars 2010, le lien de causalité entre cette atteinte et l'accident. S'agissant du pouce gauche, les médecins qui ont examiné le recourant ont retenu une entorse métacarpo-phalangienne (rapports du Dr B _____ des 18 janvier et 10 mars 2010, rapport du Dr E _____ du 28 janvier 2010 et rapport des Drs I _____ et J _____ du 2 décembre 2010). Dès lors qu'elles répondent aux diagnostics de déchirure partielle du sus-épineux à l'épaule gauche, de désinsertion du sus-épineux à l'épaule droite et d'entorse du pouce gauche, les atteintes constatées chez le recourant correspondent aux notions de déchirures de tendons et lésions de ligaments, susceptibles d'être reconnues comme lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f et g OLAA, pour autant qu'elles résultent d'un facteur extérieur. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a glissé le 27 novembre 2009 dans les escaliers et a chuté sur le dos, puis sur l'épaule gauche et sur l'épaule droite, ce sur plus de dix marches (rapport de la Dresse E _____ du 28 janvier 2010). Il s'ensuit que l'existence d'une cause extérieure, soudaine et involontaire ne fait aucun doute. Il y a donc lieu de conclure que la chute a été le facteur extérieur déclenchant les troubles diagnostiqués aux deux épaules et au pouce gauche du recourant. Compte tenu de ce qui précède, la responsabilité de l'intimée est établie pour les troubles que le recourant a présentés aux épaules et au pouce gauche. Le Dr L _____ est cependant d'avis que la chute avec impact sur les épaules n'était pas en mesure de générer une lésion du sus-épineux et qu'au niveau du pouce gauche, l'aggravation imputable à la chute n'a été que temporaire. La Cour de céans constate que le Dr L _____ se réfère à un état antérieur, alors même qu'aucune pièce versée au dossier ne permet de savoir quelle atteinte relevant de la maladie aurait présentée le recourant avant sa chute. Par ailleurs, le fait que l'événement ne soit, selon le Dr L _____, pas propre à lui seul, à entraîner les lésions diagnostiquées aux épaules et

au pouce gauche, n'est pas décisif en l'espèce, dès lors qu'en vertu de la jurisprudence précitée, ce qui est déterminant, est que les lésions aient été provoquées, du moins partiellement, par un événement dommageable soudain, involontaire et extérieur. Que les lésions aient pu se produire parce que les épaules et le pouce présentaient une atteinte dégénérative, ne permet pas d'attribuer ces lésions exclusivement à la maladie. Force est dès lors de constater que la conclusion à laquelle aboutit le Dr L_____, soit un retour au statu quo sine quelques semaines après l'accident, n'est pas probante dans la mesure où elle résulte d'une argumentation qui n'est pas déterminante. On rappellera en effet qu'au vu des atteintes dont souffre le recourant, un statu quo sine ou ante ne peut être retenu que si le caractère exclusivement maladif ou dégénératif des atteintes est manifeste. Or, aucune pièce au dossier ne fait état d'une atteinte exclusivement malade aux épaules et au pouce gauche. On relèvera que le fait que d'éventuels facteurs extra-médicaux jouent un rôle prépondérant dans l'évolution défavorable, comme l'a indiqué le Dr F_____ (rapport du 23 février 2011) ne permet pas encore de conclure que les troubles que le recourant présente ont un caractère exclusivement maladif. Il s'ensuit qu'aucun rapport médical versé au dossier ne permet de retenir le statu quo ante/sine à la date du 31 mars 2011. En conséquence, c'est à tort que l'intimée a mis fin aux prestations à compter du 1 er avril 2011. 8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et l'intimée invitée à reprendre le versement de ses prestations.!

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.