

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3063/2013

ATAS/928/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 3 décembre 2015**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourant

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, case postale,  
ZURICH, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
Pierre GABUS

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1952, a travaillé depuis 2001 en tant qu'agent de maintenance-peintre au service de la Maison de Retraite B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur). À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES S.A. (ci-après : l'assureur).
2. Le 7 septembre 2012, l'assuré a glissé et s'est blessé le poignet, le coude et l'épaule droits.
3. Dès le 11 septembre 2012, l'assuré a consulté la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui a notamment attesté une incapacité de travail totale.
4. Le 12 septembre 2012, l'employeur a annoncé l'accident à l'assureur, indiquant que l'assuré avait glissé devant l'atelier, en portant des bidons de peinture. L'assuré présentait une contusion au poignet, au coude et à l'épaule droits et il était en incapacité de travail.
5. Le 26 septembre 2012, une arthro-imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) a été effectuée en raison de la persistance de douleurs et d'une limitation de la mobilité de l'épaule droite. Par rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2012, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a mis en évidence une rupture massive de la coiffe des rotateurs touchant l'ensemble des tendons de la coiffe à l'exception du tendon du petit rond. Il n'y avait pas d'évidence de lésion osseuse post-traumatique. Le médecin a constaté une infiltration graisseuse de stade II selon Goutalier des muscles supra-épineux et infra-épineux et de stade IV de la partie supérieure du muscle sub-scapulaire ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire.
6. Vu la rupture massive de la coiffe de l'épaule droite de l'assuré, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a préconisé une intervention chirurgicale.
7. Le 11 octobre 2012, l'assureur a refusé la prise en charge de l'intervention chirurgicale.
8. Dans un rapport du 12 octobre 2012 adressé au médecin conseil de l'assureur, le Dr E\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré avait chuté sur son épaule droite avec impaction violente de l'humérus sur l'acromion, avec par la suite des douleurs importantes et une impotence immédiate. Devant la persistance du handicap et des douleurs, l'assuré avait consulté son médecin traitant qui avait fait effectuer l'IRM. Il était important de noter que l'assuré était auparavant absolument asymptomatique et sans douleur au niveau de son épaule droite, avec une mobilité complète de celle-ci permettant à l'assuré d'effectuer des travaux lourds et pénibles. C'était seulement suite à l'accident que l'assuré s'était présenté avec une antépulsion à 20°, une abduction à 20° et donc une impotence complète de la coiffe. L'IRM montrait une rupture massive de la coiffe des rotateurs avec des stigmates de lésions

---

dégénératives. À l'âge de 60 ans, beaucoup de personnes avaient en effet des lésions dégénératives de la coiffe et notamment de l'articulation acromioclaviculaire, comme chez l'assuré. Le problème de ce dernier était la rupture massive de la coiffe des rotateurs. Il ne pouvait exclure qu'il y ait eu une lésion préexistante de cette coiffe, mais il était évident que c'était l'accident qui avait fait complètement décompenser cette épaule et qui avait amené à cette lésion massive de la coiffe qui certainement n'existait pas auparavant, au vu de l'anamnèse clinique et anamnestique. Ainsi, même si on était en présence de quelques lésions dégénératives probablement préexistantes à l'accident, c'était tout de même cet accident qui était à l'origine du handicap et de la lésion massive auxquels l'assuré était confronté. L'assureur devait donc prendre en charge cette lésion traumatique de la coiffe.

9. Par avis du 16 octobre 2012, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a estimé, sur la base des pièces versées au dossier, qu'il n'y avait pas de rapport de causalité démontré entre l'événement et la prise en charge de l'opération et que le statu quo sine devait être fixé à la date de l'intervention. Selon lui, il n'était pas possible d'admettre une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'assuré sur une chute de sa hauteur, d'autant que les éléments de l'IRM démontraient un état dégénératif préexistant et prédominant. Cet état se traduisait notamment par une infiltration graisseuse de stade II des muscles supra-épineux et intra-épineux et de stade IV de la partie supérieure du muscle subscapulaire. Il relevait également qu'il n'y avait pas de lésion osseuse post-traumatique, ni d'œdème. Un autre élément était que la rétraction du moignon tendineux ne pouvait intervenir en si peu de temps entre l'accident et l'examen IRM.
10. Par pli du même jour adressé au Dr E\_\_\_\_\_, l'assureur, en se référant à l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, a maintenu le refus de prise en charge de l'intervention chirurgicale.
11. Par pli du 1<sup>er</sup> novembre 2012, l'assureur a réitéré sa position.
12. Par courriel du 26 novembre 2012 adressé au conseil de l'assuré, l'assureur a indiqué que dans la mesure où l'intervention chirurgicale n'avait pas eu lieu, le Dr F\_\_\_\_\_ était d'avis que le traitement conservateur de l'épaule droite et la perte de gain devaient être pris en charge jusqu'à fin décembre 2012.
13. Par pli du 29 novembre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a contesté l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_. Selon lui, il suffisait de chuter de sa hauteur et de se retenir avec son bras pour créer une vraie lésion de coiffe. Une telle lésion n'était pas nécessairement occasionnée par une chute d'une hauteur de plusieurs mètres ou de plusieurs étages. Ce type d'accident se voyait fréquemment, même chez de jeunes gens, notamment en hiver, lorsque glissant sur une plaque de glace, ils se retenaient avec le bras qui partait, soit en antépulsion complète, soit directement projeté contre l'acromion, ce qui engendrait une rupture traumatique nette de la coiffe. Par ailleurs, il ne faisait aucun doute que l'assuré présentait avant l'accident déjà deux

---

lésions dégénératives de sa coiffe avec probablement une atteinte déjà partielle du sus-épineux, puisqu'il y avait déjà une involution graisseuse partielle de ce muscle à l'IRM du 26 septembre 2012. Cependant, amnestiquement et au vu du travail exercé par l'assuré, impliquant beaucoup d'activités au-dessus des épaules, il convenait de relever que son épaule droite était asymptomatique, avec une mobilité complète en antépulsion/abduction. L'assuré était alors capable d'effectuer des travaux lourds et difficiles. La chute violente de sa hauteur avait été largement suffisante pour provoquer ou finaliser la lésion de la coiffe, en arrachant tout le restant de celle-ci. Actuellement, l'assuré présentait une lésion étendue et une impossibilité absolue à la mobilisation, à savoir l'antépulsion/abduction de son membre supérieur droit. Cette situation était comparable à un patient qui souffrait d'une arthrose de la hanche mais qui par-dessus faisait une chute de sa hauteur avec une fracture du col fémoral. Il y avait certes une maladie préexistante, mais la chute créait la fracture. En d'autres termes, cette chute était clairement d'origine accidentelle. Enfin, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé savoir que le Tribunal fédéral avait réglé le problème de la lésion de la coiffe d'origine accidentelle et dégénérative.

14. Par courrier du 28 janvier 2013, l'assuré a demandé à l'assureur de revoir sa position au vu de l'appréciation précitée du Dr E\_\_\_\_\_.
15. Le 1<sup>er</sup> février 2013, l'assureur a informé l'assuré qu'il entendait mettre en œuvre une expertise médicale. L'assuré pouvait choisir l'un des deux médecins proposés par l'assureur.
16. Le 26 février 2013, l'assuré a adressé à l'assureur les questions qu'il souhaitait poser au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
17. Le 14 mars 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré. Dans le rapport du 9 avril 2013 qui s'en est suivi, l'expert a diagnostiqué une lésion dégénérative étendue de la coiffe des rotateurs et de l'articulation acromio-claviculaire de l'épaule droite révélée par une contusion bénigne du bras droit le 7 septembre 2012, un status après réparation chirurgicale d'une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en 2008 et une arthrose scaphoïdienne droite sur probable ancienne fracture méconnue du scaphoïde.

L'assuré a expliqué n'avoir jamais eu le moindre problème au niveau de son épaule droite avant l'accident du 7 septembre 2012. S'agissant du déroulement de l'accident, il se trouvait dans son atelier lorsqu'il avait glissé et chuté sur son côté droit. Il avait essayé de se retenir avec la main droite au sol, mais avait été entraîné dans sa chute, de sorte qu'il avait heurté successivement la face latérale de son coude et la face latérale et postérieure de son épaule droite au sol. Pendant la chute, le bras droit était presque collé au corps. Il n'y avait pas eu de notion de mouvement extrême de l'épaule, ni de déboîtement. L'assuré estimait avoir subi un choc axial à travers le bras droit avant de heurter le sol avec son épaule. Sur le moment, il avait ressenti une vive douleur à la face latérale de l'épaule et du bras droit. Il avait alors vérifié le bon fonctionnement de l'épaule dont les mouvements n'étaient

initialement pas limités. Environ trente minutes plus tard, les douleurs avaient augmenté d'intensité et il avait progressivement réalisé qu'il ne pouvait plus faire de mouvement d'élévation.

Selon l'expert, le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule droite et l'accident était très peu probable pour plusieurs raisons. À l'âge du patient, les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes et les lésions purement traumatiques rares. Par ailleurs, l'action vulnérante de l'accident était peu appropriée pour solliciter une coiffe des rotateurs au-delà de son point de résistance, en l'absence de toute notion d'abduction active contrariée ou de mouvement extrême de l'épaule. Il s'agissait d'une contusion axiale et latérale susceptible d'entraîner un pincement de l'espace sous-acromial et de révéler une lésion préexistante à ce niveau, mais pas de causer des dégâts supplémentaires des tendons de la coiffe des rotateurs. En outre, il n'y avait pas eu de pseudoparalysie initiale, la limitation fonctionnelle s'étant développée secondairement avec l'apparition des douleurs. Les radiographies initiales et l'IRM ne montraient pas de lésion traumatique, mais toute une série de lésions manifestement dégénératives qui ne pouvaient être que l'aboutissement de processus évoluant sur plusieurs années tels qu'une arthrose acromio-claviculaire, un pincement de l'espace sous-acromial, un remaniement scléro-bosselé du trochiter, un remaniement sévère du labrum et une tendinopathie étendue de tous les tendons de la coiffe des rotateurs avec une large perte de substance. La perte de substance de la coiffe des rotateurs droites s'étendait à plusieurs tendons de cette coiffe, dont certains étaient antagonistes et par conséquent peu susceptibles de se rompre simultanément dans une action vulnérante simple. Cette association était par contre souvent retrouvée dans les stades avancés de lésion purement dégénérative de la coiffe des rotateurs, communément appelé « tête chauve ». Enfin, l'infiltration graisseuse des corps musculaires de la coiffe des rotateurs était un signe supplémentaire d'une atteinte dégénérative chronique.

Ainsi, l'accident n'avait fait que révéler et non pas causer les troubles manifestement dégénératifs, préexistants et majeurs de l'épaule droite. L'état de cette épaule était à l'évidence précaire, de sorte qu'elle pouvait à tout moment devenir symptomatique, soit en raison de la dynamique de lésion elle-même, soit en réponse à un événement bénin tel qu'une contusion. Il n'était donc pas question d'une condition sine qua non, mais d'une causalité aléatoire. L'accident devait donc être considéré comme une cause invraisemblable. Les facteurs extérieurs, notamment dégénératifs et préexistants jouaient ici un rôle hautement prépondérant, voire exclusif.

S'agissant du statu quo sine, l'expert a indiqué que dans la mesure où les contusions bénignes guérissent généralement sans séquelle en moins d'un mois, il fallait considérer que le statu quo sine de l'épaule droite de l'assuré avait été retrouvé au plus tard après un mois et que l'état résiduel correspondait aux troubles dégénératifs préexistants.

---

L'expert a également répondu aux questions posées par l'assuré, expliquant que l'IRM montrait une perte de substance massive de la coiffe des rotateurs qui ne correspondait pas à une rupture traumatique mais à l'aboutissement d'un processus dégénératif évoluant sur de nombreuses années. La perte de substance de la coiffe des rotateurs était très certainement antérieure à l'accident du 7 septembre 2012 et s'était constituée progressivement au fil des années. Il était absolument invraisemblable que la rupture remonte à l'accident. Ce genre de lésion massive pouvait survenir dans le processus de vieillissement normal de l'individu, même sédentaire. L'assuré n'avait pas de travaux de manutention particulièrement lourds à fournir. En outre, les employés de maintenance d'une maison de retraite n'étaient pas connus pour être un collectif particulièrement touché par ce type de lésion. Enfin, que l'assuré n'ait pas eu le moindre problème au niveau de son épaule droite avant l'accident n'était pas très étonnant car des lésions dégénératives de ce type pouvaient rester très longtemps totalement asymptomatiques avant d'être révélées et non pas causées par un événement ordinaire ou extraordinaire bénin de la vie.

18. Par rapport du 13 mai 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à son avis, les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ étaient erronées. Si l'assuré avait certainement, déjà avant l'accident, une atteinte partielle de sa coiffe, avec probablement une rupture d'une certaine taille de la coiffe des rotateurs, il présentait toutefois une fonction normale de cette épaule et une mobilisation complète ainsi qu'une force préservée. Suite à l'accident, il se trouvait avec une impotence fonctionnelle complète et, à l'IRM, avec une atteinte étendue, avec avulsion complète du sous-épineux, sus-épineux et du sous-scapulaire. Il était évident, que lorsqu'il y avait une atteinte complète de la coiffe des rotateurs, comme en l'espèce, on ne pouvait avoir de fonction de l'épaule et toute antépropulsion/élévation de celle-ci était impossible, ce qui n'était pas le cas avant l'accident. Ainsi, bien qu'effectivement il y avait certainement déjà une atteinte partielle, voire une rupture complète d'une partie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avant l'accident, c'était bien cet événement qui avait provoqué une rupture massive et étendue de la coiffe des rotateurs. En effet, si cela n'avait pas été le cas, soit que la lésion massive était déjà présente avant l'accident, alors l'assuré n'aurait jamais pu avoir une fonction normale de son épaule avant l'événement. C'était donc bien l'accident qui avait décompensé et qui avait provoqué une rupture massive de la coiffe. Cette rupture massive et étendue de la coiffe était bien évidemment une conséquence du traumatisme. Il était vrai que vu l'âge de l'assuré, il était probable, voire certain, que des lésions dégénératives existaient avant l'accident et qu'il y avait certainement déjà une rupture d'une certaine taille de la coiffe des rotateurs, mais certainement pas une rupture complète massive et étendue. Les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ étaient donc erronées.
19. Par courrier du 27 mai 2013, l'assuré a contesté les conclusions de l'expertise, en se référant à l'avis du Dr E\_\_\_\_\_.
20. Le 6 juin 2013, l'assuré a subi notamment une arthroscopie de l'épaule droite effectuée par le Dr E\_\_\_\_\_.

lors de l'intervention chirurgicale, une lésion massive de la coiffe des rotateurs touchant le sous-épineux, le sus-épineux et 50% des fibres supérieures du sub-scapularis, cette lésion du sub-scapularis, d'origine post-traumatique très probable avec cicatrice fibrinoïde restant à ce niveau-ci ; arthrose acromio-claviculaire asymptomatique et ancienne avulsion du tendon du long chef du biceps et Slap de type 1.

21. Par pli du 11 juin 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que le Dr E\_\_\_\_\_ partait du principe qu'une lésion complète de la coiffe des rotateurs entraînait une impotence fonctionnelle de l'épaule et que toute antépulsion/élévation de l'épaule était impossible, ce qui était faux. On observait fréquemment des lésions étendues de la coiffe des rotateurs ("tête chauve") sans limitation fonctionnelle significative de l'épaule car d'autres groupes musculaires pouvaient reprendre cette fonction. Le reste des arguments du Dr E\_\_\_\_\_ relevait du syllogisme « post hoc ergo propter hoc ». Par conséquent, le Dr G\_\_\_\_\_ maintenait ses conclusions.
22. Le 20 juin 2013, l'assuré a adressé à l'assureur le rapport opératoire du Dr E\_\_\_\_\_, dont il résultait que les lésions étaient clairement post-traumatiques.
23. Par décision du 9 juillet 2013, l'assureur a mis un terme aux prestations au 7 octobre 2012 et a renoncé au remboursement des prestations déjà versées au-delà de cette date. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait considéré que l'état de santé qui aurait prévalu si l'accident ne s'était pas produit avait été atteint le 7 octobre 2012. Les troubles de santé au-delà du 7 octobre 2012 n'étaient donc plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation avec l'événement du 7 septembre 2012.
24. Le 22 juillet 2013, l'assuré a formé opposition à la décision pour les mêmes motifs que ceux indiqués dans son courrier du 27 mai 2013.
25. Par décision sur opposition du 22 août 2013, l'assureur a confirmé sa position. L'argument selon lequel il s'agirait d'une lésion corporelle assimilée n'était pas pertinent étant donné que la notion d'accident n'était nullement contestée en l'espèce.
26. Par acte du 19 septembre 2013, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant préalablement à son audition et à celle des Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, à la mise en œuvre d'une expertise médicale et, principalement, au constat que les décisions violaient son droit d'être entendu, à leur annulation et à l'octroi des prestations légales dès le 7 septembre 2012, en particulier les indemnités journalières et les frais de traitement, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimée pour calcul et versement des prestations, sous suite de frais et dépens.

Le recourant fait valoir que dans le cas de lésions assimilées à un accident, il suffit qu'une cause extérieure ait au moins déclenché les symptômes pour que l'assureur-accidents soit tenu de verser des prestations. Or, tel était son cas en l'occurrence, puisqu'il avait souffert d'une déchirure de la coiffe des rotateurs et que le Dr G\_\_\_\_\_ admettait que l'accident avait déclenché les symptômes. En outre, le

---

Dr G\_\_\_\_\_ avait retenu un statu quo sine un mois après l'accident, sans que l'on puisse comprendre pour quel motif l'épaule serait devenue symptomatique à cette date-là. Qui plus est, le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ ne pouvait être retenu, dès lors qu'il était peu argumenté et se fondait sur un déroulement erroné de l'accident, dans la mesure où il ne tenait pas compte du fait qu'il portait des bidons lourds de peinture. L'avis du Dr E\_\_\_\_\_ était, quant à lui, bien argumenté et emportait la conviction. Ainsi, ce n'était pas les lésions dégénératives préexistantes qui avaient entraîné des lésions, mais bien l'accident du 7 septembre 2012. Enfin, selon le recourant, les décisions violaient son droit d'être entendu dans la mesure où elles ne se prononçaient pas sur l'argumentation tirée de l'application de la notion de lésions assimilées à un accident.

À l'appui de son recours, le recourant a produit notamment un rapport établi le 2 septembre 2013 par le Dr E\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, l'expert semblait oublier que la coiffe des rotateurs était au moins constituée de quatre tendons et que, pour qu'elle puisse fonctionner, et surtout pour pouvoir effectuer une antépulsion active contre-résistance, il fallait au moins que deux de ces tendons soient intacts. Ainsi, c'est la préservation et l'équilibre d'un couple de force qui permettaient, malgré la présence d'une lésion par exemple du sus-épineux, même si cette lésion était complète, une activité encore quasi normale de l'épaule. Le terme « tête chauve », était beaucoup trop général. Effectivement, on pouvait avoir l'impression d'une « tête chauve » en ayant une rétraction complète du sus-épineux, voire d'une partie du sous-épineux, alors qu'en réalité il y avait encore un sub-scapularis et une partie du sous-épineux intacte, avec un couple de force préservé. Ce cas de figure était certainement celui de l'assuré, qui présentait certainement déjà une lésion dégénérative de son épaule. Cela étant, lors de sa chute, qui n'était pas banale, mais plutôt violente, l'assuré portait alors deux bidons de peinture dans chaque bras. Il avait chuté lourdement sur son épaule, tout en essayant de se retenir, ce qui était amplement suffisant pour achever cette épaule, avec une rupture complémentaire des tendons restants, à savoir le subscapularis et la partie inférieure du sus-épineux, rendant l'épaule complètement non fonctionnelle. Il fallait donc bien insister sur le fait qu'avant la chute, l'assuré présentait une fonction et une mobilité normale de l'épaule, ce qui n'était absolument plus le cas après la chute. Il y avait donc clairement une relation entre la chute et les lésions diagnostiquées à l'IRM du 26 septembre 2012. Ainsi, même s'il existait une lésion au préalable du sus-épineux, et peut-être même une lésion partielle du sous-épineux, cette chute avait provoqué une lésion complémentaire des tendons restants, soit le sub-scapularis et l'autre partie du sous-épineux, ce qui avait entraîné une perte de l'équilibre du couple de force de l'épaule droite.

27. Dans sa réponse du 31 octobre 2013, l'intimée conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans les décisions litigieuses. L'accident avait révélé un état préexistant, l'obligation de prester cessait donc à la date du retour au statu quo sine ou ante. Le recourant critiquait de manière injustifiée les conclusions du

---

Dr G\_\_\_\_\_. Contrairement à ce que le recourant avançait, le Dr G\_\_\_\_\_ avait notamment mentionné que l'intéressé portait des bidons de peinture relativement légers. Cet expert avait donné des explications cohérentes et précises quant à l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'épaule droite. En outre, l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ rejoignait celle du Dr F\_\_\_\_\_. Il convenait de se référer au statu quo sine fixé par le Dr G\_\_\_\_\_, étant précisé que cette date ne pouvait jamais être fixée de manière absolument précise. Par ailleurs, la question de l'existence ou non d'une lésion corporelle assimilée n'avait pas besoin de se poser en l'occurrence puisque la notion d'accident n'était nullement contestée, ce que l'intimée avait déjà expliqué dans sa décision sur opposition.

28. Le 21 janvier 2014, la chambre de céans a confronté le Dr E\_\_\_\_\_ et le Dr G\_\_\_\_\_.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a déclaré admettre qu'il y avait une lésion dégénérative. Toutefois, l'assuré pouvait exercer une activité plutôt difficile physiquement et il pouvait utiliser son épaule sans problème. Il pouvait, plus particulièrement, élever le bras, ce qui signifiait qu'au moins deux tendons fonctionnaient correctement. Suite à l'accident, une rupture massive des quatre tendons majeurs avait été constatée, raison pour laquelle l'épaule ne fonctionnait plus sans limitations. L'accident avait donné le « coup de grâce ». On était en présence de ce que l'on appelle une « tête chauve », lorsque l'on peut voir la tête, ce qui ne veut pas dire non plus que tous les tendons ont été arrachés. S'agissant du déroulement de l'accident, le médecin a relevé que le recourant ne maîtrisait pas bien le français et qu'il n'avait probablement pas compris tout ce que l'expert avait dicté. Le Dr E\_\_\_\_\_ reconnaissait qu'un choc latéral ne causait pas de lésion de la coiffe des rotateurs ; il pouvait éventuellement causer une fracture. Il fallait toutefois rappeler que le recourant s'était retenu. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, c'était cette action qui avait provoqué la lésion. Le poids des bidons avait pu par ailleurs s'ajouter à celui du recourant. Mais même sans bidons, l'action de se retenir pouvait provoquer la lésion en raison du poids de la personne elle-même. Il était d'accord avec le Dr G\_\_\_\_\_ s'agissant des infiltrations graisseuses. Il ne contestait pas que le recourant présentait des lésions dégénératives, mais il rappelait qu'il travaillait sans problème et qu'il ne subissait aucune limitation de son épaule. Or, l'accident avait provoqué une impotence de cette épaule. Le Dr E\_\_\_\_\_ admettait par ailleurs que l'on pouvait parfaitement avoir une lésion avancée alors que l'épaule fonctionnait à satisfaction. L'épaule du recourant était certes fragilisée, mais fonctionnelle. L'accident était survenu et avait suffi pour provoquer la lésion et l'impotence. Il était aussi d'accord avec les explications du Dr G\_\_\_\_\_ s'agissant du pincement de l'espace sous-acromial. Il allait de soi que chez une personne jeune, il n'y avait aucun pincement. Il rappelait toutefois qu'avant l'accident, le recourant travaillait et pouvait plus particulièrement peindre des plafonds. L'accident était venu décompenser son état. Il a encore ajouté qu'en cas de chute, si la personne se retenait (crispait ses muscles), cette action pouvait être suffisamment violente pour

causer une lésion des tendons sur une épaule déjà fragilisée par des troubles dégénératifs. Au moment de l'intervention chirurgicale, il avait pu constater que les tendons ne tenaient plus sur la tête, ils étaient détachés de leur insertion originelle sur l'os. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, une IRM ne permettait pas de déterminer si une rupture était de nature traumatique ou non à partir d'un certain âge et lorsqu'il s'agissait de tissus mous. Par ailleurs, il fallait distinguer l'élévation du bras à 90 degrés et celle au-dessus de la tête. Selon lui, il était ainsi impossible d'élever le bras au-dessus de la tête en ayant les quatre tendons lésés.

Le Dr G\_\_\_\_\_ a, quant à lui, déclaré avoir considéré que le choc subi par le recourant était un choc simple, latéral et postérieur, qui ne pouvait expliquer une lésion des tendons antagonistes. Il s'était fondé sur la description de l'accident faite par le recourant. Il a précisé qu'un simple acte ordinaire de la vie pouvait venir décompenser des lésions préexistantes dégénératives ou que des douleurs pouvaient survenir progressivement. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, on pouvait tout à fait lever le bras en ayant des lésions de la coiffe des rotateurs, en utilisant d'autres muscles que les tendons de la coiffe des rotateurs. Il était vrai qu'il avait considéré que le recourant, au moment de l'accident, portait des bidons légers. Selon ce médecin, le poids de ces bidons n'était toutefois pas déterminant, puisque l'action vulnérante était un choc simple sur l'épaule. L'expert a expliqué que pour apprécier le lien de causalité, il fallait analyser différents facteurs, dont l'action vulnérante, le nombre de tendons lésés, etc. Dans son expertise, il avait énuméré et analysé les facteurs plaidant en faveur de lésions dégénératives. Lorsqu'il avait parlé des bidons de peinture dans son expertise, il s'agissait de la description générale de l'activité exercée par le recourant. Il n'avait toutefois pas parlé de bidons lorsqu'il avait décrit l'accident. Selon ce médecin, le poids de ce que l'on porte lors d'une chute ne jouait pas de rôle dans le rapport de causalité, ni dans l'analyse des facteurs en question. Il y avait évidemment différentes façons de tomber. Il a précisé avoir dicté l'anamnèse devant le patient. Dans son rapport, il avait indiqué que le recourant avait essayé de se retenir avec la main droite au sol. Le fait de porter ou non des bidons lui semblait tout à fait secondaire quoiqu'il en soit. L'expert a ajouté que le vieillissement normal d'une coiffe des rotateurs se faisait non seulement au niveau des tendons, mais également au niveau des corps musculaires. Les fibres atrophiées se remplaçaient petit à petit par des infiltrations graisseuses. Il s'agissait là d'un processus lent, qui évoluait sur des mois, voire des années et ne pouvait pas être le résultat d'un traumatisme récent. C'était un signe supplémentaire d'une atteinte dégénérative. Il avait constaté chez le recourant un pincement de l'espace sous-acromial déjà le surlendemain de l'accident. Or, dans le cas d'une rupture fraîche, le pincement n'apparaissait pas immédiatement, mais quelques mois plus tard. L'expert a donné l'exemple d'une personne qui souffrait de troubles dégénératifs de la hanche (coxarthrose). Il suffisait d'une simple chute d'une chaise pour déclencher des douleurs sans qu'il y ait de dégâts anatomiques traumatiques objectivables. Les radios montreraient alors l'arthrose dont souffrait la personne. Il était tout à fait possible que le recourant ait été asymptomatique avant l'accident.

Selon l'expert, même avec une lésion avancée, il était possible de lever le bras, d'autres muscles pouvant intervenir à cet égard. Il avait ainsi pu constater que des personnes étaient capables de continuer à travailler dans des métiers physiques. Dans les quelques jours ayant précédé l'accident, il était tout à fait possible que le recourant ait pu présenter une lésion massive des quatre tendons de la coiffe des rotateurs. L'expert a précisé qu'il ne s'agissait ni d'une rupture, ni d'une déchirure. Il s'agissait d'une perte de substance ou de trous des tendons. L'expert a confirmé que le recourant, avant et après l'accident, présentait des trous dans les quatre tendons majeurs de la coiffe des rotateurs. Selon l'expert, le recourant pouvait lever l'épaule et travailler avec une rupture des tendons telle que constatée par le Dr E\_\_\_\_\_ au moment de l'intervention. L'expert avait constaté qu'avant l'opération, le recourant pouvait lever le bras à 120 degrés et après l'opération à 50 degrés. Il a confirmé qu'il n'y avait pas de lésion traumatique visible sur la base de la radio effectuée le 11 septembre 2012. À la question de savoir pour quelle raison le recourant était limité dans la fonctionnalité de son épaule, l'expert a repris l'exemple donné de la chute d'une chaise pour quelqu'un souffrant d'une coxarthrose. Il suffisait d'un déclencheur sans qu'il y ait besoin de lésion anatomique traumatique en plus. Plutôt que de parler d'un « coup de grâce » comme le faisait le Dr E\_\_\_\_\_, l'expert préférait plutôt parler d'un élément déclencheur ou révélateur. Enfin, l'expert n'était pas aussi catégorique que le Dr E\_\_\_\_\_, lorsque celui-ci indiquait qu'il était impossible d'élever le bras au-dessus de la tête avec les quatre tendons lésés. Il était vrai que les autres muscles qui intervenaient pour aider l'élévation ne pourraient peut-être pas le faire pour une élévation au-dessus de l'horizontal.

29. Suite à cette audition, la chambre de céans a également entendu les parties. Le recourant a réitéré que le litige trouvait sa solution dans le fait que son atteinte était une lésion assimilée à un accident. À défaut, il sollicitait qu'un de ses collègues soit interrogé par la chambre de céans et qu'une expertise médicale soit mise en œuvre. Quant à l'intimée, elle a considéré que la cause pouvait être gardée à juger.
30. Dans ses observations du 13 février 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a précisé qu'il effectuait habituellement des travaux de réfection des chambres de l'établissement (maçonneries, carrelages et peintures notamment). Il effectuait des mouvements répétitifs de manutention en hauteur des deux membres supérieurs (notamment la peinture des plafonds). Le Dr G\_\_\_\_\_ avait confirmé, lors de son audition, que l'accident avait été un élément déclencheur ou révélateur des lésions, de sorte que, selon le recourant, l'atteinte litigieuse était une lésion assimilée à un accident que l'intimée était tenue de prendre en charge. Par ailleurs, ni le statu quo ante, ni le statu quo sine ne pouvaient être retenus et l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ ne pouvait être suivi sur ce point.
31. Dans ses observations du même jour, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Lors des examens effectués après l'accident, les médecins n'avaient pas constaté de lésion traumatique. En revanche, une rupture de la coiffe des

rotateurs avait été diagnostiquée. Le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ respectait en tous points les critères pour se voir reconnaître pleine valeur probante. L'avis du Dr E\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, ne pouvait avoir valeur d'expertise. Ce dernier n'avait pas exclu l'existence d'une lésion préexistante partielle de la coiffe, mais persistait à justifier le lien de causalité avec l'accident au moyen du raisonnement « post hoc, ergo proptem hoc », lequel était impropre à établir un rapport de causalité. Par conséquent, les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ devaient être suivies et il n'y avait pas lieu de procéder à une nouvelle expertise.

Si la lésion de l'épaule subie par le recourant devait être considérée comme une lésion assimilée à un accident, la chute du 7 septembre 2012 était un événement anodin, qui ne pouvait expliquer une rupture de la coiffe des rotateurs, comme l'avait mis en évidence le Dr G\_\_\_\_\_. De plus, l'ensemble des médecins s'accordait à dire que le recourant souffrait d'importantes lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs listé les facteurs et expliqué que l'épaule pouvait à tout moment devenir symptomatique. Le lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions à l'épaule droite devait donc être nié, celles-ci étant manifestement imputables à un phénomène dégénératif. Il n'y avait pas non plus de lien de causalité entre la chute et les symptômes présentés par le recourant.

Enfin, le Dr G\_\_\_\_\_ avait estimé que si le recourant n'avait pas chuté, les lésions seraient devenues symptomatiques un mois après l'accident, fixant ainsi le retour au statu quo sine au 7 octobre 2012.

32. Par courrier du 19 mars 2014, le recourant a relevé que la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF non publié 8C\_347/2013 du 18 février 2014) confirmait son argumentation.
33. La chambre de céans a adressé une copie de ce pli à l'intimée et a gardé la cause à juger.
34. Par arrêt du 1<sup>er</sup> avril 2014 (ATAS/459/2014), la chambre de céans a admis le recours, annulé les décisions de l'intimée du 9 juillet et 22 août 2013, dit que les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant étaient en lien de causalité avec l'accident du 7 septembre 2012, renvoyé la cause à l'intimée pour nouvelle décision concernant le versement des prestations légales au recourant et condamné l'intimée à verser au recourant CHF 2'500.- à titre de dépens.

En substance, elle a considéré que le recourant présentait une rupture de la coiffe des rotateurs, soit une lésion correspondant à une déchirure des tendons. Avant la survenance de l'accident, des atteintes dégénératives existaient déjà au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant. Ce dernier avait chuté sur son côté droit le 7 septembre 2012, ce qui avait déclenché une symptomatologie douloureuse. Cela avait été reconnu par le Dr F\_\_\_\_\_, lequel avait admis une incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2012. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait également reconnu que cette chute justifiait une prise en charge pendant un mois. Dès lors, il convenait d'admettre que la chute avait déclenché les symptômes douloureux

---

présentés par le recourant à l'épaule droite. S'il n'était pas contesté que des atteintes dégénératives affectaient la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant, cela n'était pas suffisant pour nier le droit aux prestations, la rupture de la coiffe des rotateurs étant une lésion assimilée à un accident. En effet, la question n'était pas de savoir si les lésions revêtaient une origine uniquement accidentelle, mais plutôt si elles étaient d'origine exclusivement dégénérative. Or, le Dr G\_\_\_\_\_ avait admis lors de son audition que la chute avait été un élément déclencheur de la perte de la fonctionnalité de l'épaule droite du recourant. Il avait également confirmé que la chute avait déclenché les douleurs à l'épaule droite. Par conséquent, l'expert avait reconnu l'influence de la chute dans les symptômes douloureux, soit le fait que l'atteinte à l'épaule ne pouvait pas être exclusivement attribuée à la maladie. Dès lors, il convenait de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la chute du 7 septembre 2012 était en partie à l'origine des atteintes à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant. Il incombait par conséquent à l'intimée d'examiner à partir de quelle date, postérieurement à l'intervention chirurgicale effectuée le 6 juin 2013 par le Dr E\_\_\_\_\_, le statu quo sine/ante aurait été atteint. Dans la mesure où le Dr G\_\_\_\_\_ se fondait uniquement sur le diagnostic d'une contusion bénigne pour fixer le retour à un statu quo sine un mois après l'accident, son avis ne pouvait pas être suivi. La cause devait ainsi être renvoyée à l'intimée pour une nouvelle décision relative aux prestations légales dues.

35. Par acte du 16 mai 2014, l'intimée a recouru contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral, concluant à son annulation et au déboutement du recourant, sous suite de frais et dépens. Pour l'essentiel, l'intimée a reproché à la chambre de céans de s'être écartée de l'avis du Dr G\_\_\_\_\_.
36. Dans sa réponse du 8 juillet 2014, le recourant s'est rallié à l'arrêt rendu et a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.
37. Par arrêt du 11 juin 2015 (8C\_381/2014), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours, annulé l'arrêt querellé et renvoyé la cause à la chambre de céans afin qu'elle complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise et rende une nouvelle décision. Le Tribunal fédéral a relevé que selon le Dr G\_\_\_\_\_, les facteurs extérieurs, notamment dégénératifs et préexistants, avaient joué un rôle hautement prépondérant, voire exclusif, dans la survenance des lésions subies par le recourant. À la question de savoir à quel moment le statu quo sine avait été retrouvé, il avait indiqué que les contusions bénignes guérissaient généralement sans séquelle en moins d'un mois. Il fallait dès lors considérer que le statu quo sine de l'épaule droite du recourant avait été atteint au plus tard après un mois et que l'état résiduel correspondait aux troubles dégénératifs préexistants. Entendu en procédure cantonale, il avait cependant reconnu que la chute avait été un élément déclencheur dans la limitation de la fonctionnalité de l'épaule. Ces éléments n'étaient pas suffisants pour trancher le litige. On pouvait admettre que la chute, comme cause extérieure, avait déclenché les symptômes présentés par le recourant,

---

ce qui suffisait pour admettre l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Les considérations, d'ordre général, du Dr G\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de retenir que le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte était clairement établi le 7 octobre 2012. On ne savait trop d'ailleurs si, de son point de vue, le statu quo sine se rapportait à la lésion de la coiffe ou à la simple contusion occasionnée par la chute. À l'inverse, on ne pouvait pas sans plus affirmer que le statu quo sine n'était pas rétabli en juin 2013, soit après l'opération. Sur ce point, l'opinion des premiers juges reposait pour l'essentiel sur la seule déduction que la chute était en partie à l'origine des atteintes à la coiffe des rotateurs.

38. Le 8 juillet 2015, la chambre de céans a informé les parties de la reprise de l'instruction et leur a fixé un délai pour communiquer leurs éventuelles observations.
39. Par courrier du 4 août 2015, le recourant s'est borné à relever qu'à la lecture de l'arrêt du Tribunal fédéral du 11 juin 2015, il s'imposait de procéder à une expertise. Le moment venu, il se prononcerait sur une éventuelle récusation de l'expert judiciaire, ainsi que sur la mission d'expertise.
40. Par pli du 12 août 2015, l'intimée a rappelé que, dans son arrêt du 11 juin 2015, le Tribunal fédéral ne se référait qu'à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_. Ce dernier avait été désigné d'un commun accord avec les parties. L'expert avait constaté que des facteurs extérieurs dégénératifs et préexistants avaient joué un rôle hautement prépondérant, voire exclusif, dans la survenance des lésions subies par le recourant. En raison de contradictions entre l'expertise et les déclarations de l'expert devant la chambre de céans et des considérations générales de ce dernier, il n'était pas possible en l'état de trancher le litige. Compte tenu de ces éléments, l'intimée a requis que le Dr G\_\_\_\_\_ fournisse des explications complémentaires, en particuliers sur la question de savoir si la rupture de la coiffe des rotateurs était exclusivement d'origine dégénérative (cause interne), ou consécutive à l'événement du 7 septembre 2012. Le cas échéant, l'expert devrait également déterminer la date à laquelle le statu quo sine/ante avait été atteint.
41. Dans ses observations du 31 août 2015, le recourant a contesté le fait que le Dr G\_\_\_\_\_ ait été choisi d'un commun accord entre les parties. En effet, à l'époque, il s'était contenté d'accepter l'un des deux experts proposés par l'intimée, dès lors qu'il ne disposait pas d'un motif de récusation objectif. Il en allait différemment désormais. L'avis du Dr G\_\_\_\_\_ avait été très largement contesté de manière convaincante par le Dr E\_\_\_\_\_. Le Tribunal fédéral avait d'ailleurs considéré que les considérations d'ordre général de l'expert sur le déclenchement des symptômes ne pouvaient être suivies. En outre, ses conclusions quant au statu quo sine ne permettaient pas de savoir si elles se rapportaient à la lésion de la coiffe ou à la simple contusion occasionnée par la chute. Si le Dr G\_\_\_\_\_ était à nouveau mandaté, il se trouverait influencé par ses propres conclusions précédentes, de sorte que l'on courrait le risque qu'il tente de les justifier par des nouveaux éléments. Par conséquent, le recourant s'opposait catégoriquement à ce qu'un complément

---

d'expertise soit demandé au Dr G\_\_\_\_\_. De plus, le Tribunal fédéral avait requis de la chambre de céans qu'elle mette en œuvre une expertise judiciaire et non qu'elle demande un complément d'expertise à un médecin étant intervenu dans la phase de l'enquête administrative.

En ce qui concerne la mission d'expertise, le Tribunal fédéral avait d'ores et déjà admis l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, de sorte que seule la question de la date d'un retour éventuel à un statu quo sine devait être tranchée.

Pour le surplus, le recourant persistait dans ses précédentes conclusions.

42. Dans ses observations du 11 septembre 2015, l'intimée a maintenu que la désignation du Dr G\_\_\_\_\_ avait été librement consentie par le recourant, qui n'avait élevé aucune objection, ni formulé aucune autre proposition d'expert. De plus, il avait pu participer au contenu de la mission d'expertise. Il ressortait des considérants du Tribunal fédéral que les observations du Dr G\_\_\_\_\_ méritaient clarification. Il apparaissait dès lors important que l'expert puisse préciser ses propos. Il convenait également de ne pas alourdir la procédure par une nouvelle expertise judiciaire, alors même que le Tribunal fédéral avait expressément spécifié qu'il sollicitait des précisions sur les déclarations du Dr G\_\_\_\_\_.
43. Par courrier du 17 septembre 2015, le recourant a informé la chambre de céans qu'il avait récemment appris que le Dr G\_\_\_\_\_ serait le médecin-conseil d'un autre assureur LAA que l'intimée. Si cet élément était avéré, il constituerait un motif de prévention permettant de douter très largement de son impartialité lorsqu'il était mandaté par un autre assureur LAA pour une expertise au sujet d'un assuré. Dès lors, le recourant persistait dans ses conclusions et dans son opposition à ce que le Dr G\_\_\_\_\_ soit mandaté. Si tel devait être le cas, il convenait de l'interroger au préalable sur son activité de médecin-conseil.
44. Le 29 octobre 2015, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise aux docteurs H\_\_\_\_\_, rhumatologue, et I\_\_\_\_\_, orthopédiste. Elle leur a communiqué les questions qu'elle entendait poser aux experts, et leur a imparti un délai au 13 novembre 2015 pour qu'elles se déterminent sur le choix des experts et, le cas échéant, pour qu'elles lui communiquent les questions supplémentaires qu'elles souhaitent leur voir poser.
45. Les parties ont indiqué qu'elles n'avaient aucun motif de récusation.
46. Le 3 novembre 2015, l'assuré a sollicité de la chambre de céans qu'elle complète la question n° 7, ainsi libellée :  
  
« À partir de quand les facteurs étrangers à l'accident du 7 septembre 2012 (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) sont devenus, ou deviennent, les seules causes influentes sur l'état de santé de la recourante (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* ») »,  
  
de la manière suivante :

« À partir de quand peut-on affirmer avec certitude que ... ».

Il a à cet égard rappelé que, lorsque l'existence d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 OLAA est admise, il convient de déterminer, au degré de la certitude, l'éventuelle atteinte d'un statu quo sine, sans quoi l'on se retrouverait 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 lésion.

L'intimée, quant à elle, a persisté dans ses observations quant à l'opportunité de nommer de nouveaux experts, et rappelle, en se référant au considérant 4.3 de l'arrêt du Tribunal fédéral que la question principale reste celle de savoir si le statu quo sine se rapporte à la lésion de la coiffe ou à une simple contusion occasionnée par la chute.

Selon l'intimée, les experts doivent examiner la cause de la lésion de la coiffe et principalement déterminer si celle-ci est d'origine dégénérative ou consécutive à l'événement du 7 septembre 2012. La question de savoir à quelle date l'assuré a retrouvé son statu quo sine ou statu quo ante ne devrait être posée aux experts que si ceux-ci renaient que l'événement du 7 septembre 2012 avait eu de réelles répercussions sur son état de santé.

Il propose dès lors que la question 7 soit reformulée comme suit :

« L'évènement du 7 septembre 2012 constitue-t-il une cause extérieure susceptible de générer un risque de lésion, telle que celle subie par le recourant ?

En d'autres termes, les facteurs étrangers à l'évènement du 7 septembre 2012 sont-ils les seules causes influentes sur l'état de santé du recourant ?

« Dans le cas contraire, à partir de quand les facteurs étrangers à l'évènement du 7 septembre 2012 (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) sont-ils devenus, ou deviennent-ils, les seules causes influentes sur l'état de santé du recourant (« statu quo sine » ou « statu quo ante »).

47. Ces courriers ont été transmis aux parties.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

---

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. Par arrêt du 11 juin 2015 (8C\_381/2014), le Tribunal fédéral a renvoyé la présente cause à la chambre de céans afin qu'elle mette en œuvre une expertise judiciaire et rende une nouvelle décision. Dès lors, le litige porte sur la question de savoir si et quand le statu quo sine de l'épaule droite du recourant a été atteint et sur l'identité de l'expert judiciaire à nommer.
4. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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).

Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 ; 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b).

---

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 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

b) 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) qui prévoit que certaines lésions corporelles 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. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. Les fractures ;
- 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, 145 consid. 2b). Les déchirures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses qui figurent dans la liste exhaustive 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; 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2). En revanche, en l'absence d'une

cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés seront manifestement imputables 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 129 V 468 consid.4 ; ATF 123 V 44 consid. 2b ; ATF 116 V 147 consid. 2c). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Il faut cependant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c). 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 consid. 2 et les références citées). Une rupture de la coiffe des rotateurs constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA ; elle est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43).

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 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Enfin, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2).

5. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

---

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Par ailleurs, 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/bb et cc).

6. a) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

b) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va

cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

c) L'art. 36 LPGa précise que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (al. 1).

En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés à l'art. 36 LPGa sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière, laquelle ne saurait constituer comme tel un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 247/04 du 23 mars 2006 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, les motifs de refus et de récusation pour les experts sont en règle générale les mêmes que pour les juges (ATF 132 V 93 consid. 7.1). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2). Compte tenu de l'importance que revêt une expertise médicale dans le domaine des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences sévères quant à l'impartialité d'un expert (ATF 120 V 357 consid. 3b). De jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent effectivement pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3.).

Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre

---

d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c ; ATF 125 II 541 consid. 4). Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indéterminée quant à la constatation des faits et à la résolution des questions juridiques (ATF 116 Ia 135 consid. 3b ; ATF 126 I 168 consid. 2a).

7. En l'espèce, la chambre de céans a déjà tranché plusieurs questions relatives au litige pendant entre les parties dans son arrêt du 1<sup>er</sup> avril 2014 (ATAS/459/2014). À cette occasion, elle a en effet considéré que le recourant avait chuté sur son côté droit le 7 septembre 2012, ce qui avait déclenché une symptomatologie douloureuse, et que ce dernier présentait une rupture de la coiffe des rotateurs ainsi qu'un état dégénératif préexistant au niveau de ladite coiffe. Cet état dégénératif n'était pas suffisant en soi pour nier le droit aux prestations, la rupture de la coiffe des rotateurs étant une lésion assimilée à un accident. Sur ce point, le Dr G\_\_\_\_\_ avait admis lors de son audition que la chute avait été un élément déclencheur de la perte de la fonctionnalité de l'épaule droite du recourant. Il avait également confirmé que la chute avait déclenché les douleurs à l'épaule droite. Par conséquent, l'influence de la chute du 7 septembre 2012 dans les symptômes douloureux était reconnue, ce qui signifiait que l'atteinte à l'épaule ne pouvait pas être exclusivement attribuée à la maladie.

Dans son arrêt du 11 juin 2015, le Tribunal fédéral a confirmé que la chute avait déclenché les symptômes présentés par le recourant, ce qui suffisait pour admettre l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. En outre, les considérations générales du Dr G\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de retenir que le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte était clairement établi le 7 octobre 2012. Il a toutefois renvoyé la cause à la chambre de céans afin qu'elle ordonne une expertise sur la question du statu quo sine.

Pour sa part, l'intimée considère que la chambre de céans doit demander un complément d'expertise au Dr G\_\_\_\_\_, conformément à la volonté du Tribunal fédéral et par économie de procédure.

Quant au recourant, il s'oppose à une telle démarche, arguant que ce dernier s'était déjà prononcé dans le cadre de la procédure et que l'on ne pouvait pas écarter le risque qu'il tente de justifier ses précédentes conclusions, à la lumière des exigences du Tribunal fédéral. En outre, la cause avait été renvoyée à la chambre de céans afin qu'elle mette en œuvre une expertise judiciaire et non qu'elle demande un complément d'expertise auprès d'un médecin mandaté dans le cadre de la procédure d'instruction non contentieuse.

En l'occurrence, il convient de rappeler que selon le Dr G\_\_\_\_\_, l'état dégénératif antérieur à l'accident a joué un rôle hautement prépondérant, voire exclusif, dans la survenance de la lésion de la coiffe des rotateurs du recourant et que le statu quo sine a été atteint au plus tard le 7 octobre 2012. Cet expert a maintenu son appréciation, malgré les remarques et contestations du Dr E\_\_\_\_\_, lequel voyait dans l'événement du 7 septembre 2012 une cause à tout le moins partielle de la lésion de la coiffe des rotateurs du recourant. Lors de son audition par-devant la chambre de céans le Dr G\_\_\_\_\_ a finalement admis que la chute avait été un élément déclencheur dans la limitation de la fonctionnalité de l'épaule droite du recourant.

Si, comme le demande l'intimée, la chambre de céans devait demander au Dr G\_\_\_\_\_ un complément d'expertise relatif au statu quo sine, on voit difficilement comment ce dernier pourrait faire preuve de l'objectivité nécessaire à une telle mission. En effet, cet expert s'est déjà prononcé avec conviction sur cette question à plusieurs reprises en cours de procédure, ce qui, selon la jurisprudence, donne l'apparence d'une prévention. Dès lors, il serait difficile pour lui, le cas échéant, de changer sa position maintes fois affirmée, dans la mesure où cela l'obligerait à contredire ses précédentes conclusions, à tout le moins partiellement.

En tout état de cause, la lettre de l'arrêt du Tribunal fédéral du 11 juin 2015 ne laisse place à aucune interprétation. La cause a été renvoyée à la chambre de céans afin qu'elle mette en œuvre une expertise sur la question du statu quo sine de l'épaule droite du recourant. Contrairement à ce que soutient l'intimée, il n'est fait nulle part mention de la nécessité d'ordonner un complément d'expertise ou de demander au Dr G\_\_\_\_\_ des précisions.

Par conséquent et compte tenu de la lésion subie par le recourant et de son état dégénératif, il convient d'ordonner une expertise judiciaire bidisciplinaire (rhumatologie et orthopédie), dont le but sera de déterminer si le statu quo sine de l'épaule droite du recourant a été atteint, et, le cas échéant, à quelle date. Elle sera confiée aux Drs H\_\_\_\_\_, rhumatologue, et I\_\_\_\_\_, orthopédiste.

La chambre de céans rejettera la proposition de l'intimée de modifier la question n°7. Il y a en effet lieu de rappeler que le Tribunal fédéral a confirmé l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire sur la question du statu quo sine / ante, les considérations du Dr G\_\_\_\_\_ ne permettant pas d'y répondre.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise rhumatologique et orthopédique du recourant.
2. Commet à ces fins les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant, du médecin-conseil de l'intimée s'étant prononcé sur le cas et de l'expert s'étant déjà déterminé ;
  - c) examiner et entendre le recourant, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis de d'autres spécialistes ;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de la personne.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.
  5. Depuis quelle date sont-ils présents chez le recourant et comment ont-ils évolué ?
  6. Évolution de l'état de santé avant l'accident du 7 septembre 2012 et après.
  7. À partir de quand peut-on affirmer avec certitude que les facteurs étrangers à l'accident du 7 septembre 2012 (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) sont devenus, ou deviennent, les seules causes influentes sur l'état de santé de la recourante (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* »).
  8. Quels ont été les traitements prodigués ? Sont-ils terminés ? Si non, quels traitements sont encore nécessaires ?
  9. Peut-on attendre de la poursuite d'un traitement médical une notable amélioration de l'état de santé du recourant ? Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé du recourant (état final atteint) ?

10. Formuler un pronostic global.
11. Toute remarque utile et proposition des experts.
5. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles.
6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
7. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le