RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3070/2018 **ATAS/139/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 24 février 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à PUPLINGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Etienne SOLTERMANN	Recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, sise chemin de Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Claude SCHWEIZER	Intimée

---

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, est employé par la commune de Meinier dont l'assureur-accidents est la société AXA assurances SA (ci-après : AXA ou l'assurance ou l'intimée).
2. En date du 15 avril 2017, l'assuré a été victime d'une chute sur l'épaule gauche, alors qu'il pratiquait le ski.
3. En date du 21 avril 2017, il a été victime d'une seconde chute sur l'épaule gauche, alors qu'il pratiquait le vélo.
4. Son employeur a annoncé les accidents à AXA, en date du 15 janvier 2018.
5. S'agissant de l'accident du 15 avril 2017, l'assuré a déclaré avoir ressenti une douleur, puis a eu des difficultés à mobiliser le bras gauche pendant quelques jours, suivies d'une amélioration avec quelques symptômes résiduels.
6. En ce qui concerne l'accident du 21 avril 2017, l'assuré a déclaré que ses douleurs avaient duré un peu plus longtemps, mais qu'il avait récupéré la majorité de ses fonctions, environ une semaine plus tard, tout en gardant des douleurs qui dépendaient des mouvements et des activités.
7. Il a consulté la doctoresse B_____, généraliste, en date du 30 mai 2017 ; cette dernière lui a prescrit des séances de physiothérapie qui se sont déroulées entre le 6 juin 2017 et le 12 juillet 2017.
8. En date du 11 janvier 2018, l'assuré a consulté la doctoresse C_____, généraliste, qui a prescrit une IRM de l'épaule gauche, qui s'est déroulée le 12 janvier 2018. Au vu des résultats de l'examen, elle a adressé l'assuré au docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie.
9. Le rapport du 12 janvier 2018, de l'IRM de l'épaule gauche rédigé par le docteur E_____, radiologue, concluait à une « tendinopathie et lésion partielle du versant articulaire des tendons supra épineux et infra épineux. Tendinopathie fissuraire du tendon du long chef du biceps au niveau de sa partie intra scapulaire et de la partie distale et supérieure du tendon sub-scapulaire. Petit enchondrome de la tête humérale. Lésion de type SLAP I du labrum supérieur ».
10. Dans son rapport du 23 janvier 2018, le Dr E_____ a effectué une anamnèse complète de l'assuré et a décrit, dans son diagnostic, des lésions partielles intra articulaires du tendon sus-épineux et de la partie haute du tendon sous-épineux, lésion transfixiante du tiers supérieur du tendon sous-scapulaire, tendinopathie du long chef du biceps, avec suspicion d'une lésion SLAP 2 épaule gauche. Il a examiné la mobilité active passive : soit en flexion 150/165° ; en abduction 160/170° ; en rotation externe 1 50/50° (en controlatéral 60/70°) ; en rotation

externe 2 96/90° avec 0° d'extension ; rotation interne L2/L2 (controlatéral scap). Il a considéré que l'anamnèse, l'examen clinique et l'imagerie corroboraient que les symptômes étaient attribuables aux lésions tendineuses, que la fonction et la mobilité légèrement, voire moyennement, réduits permettaient encore au patient une utilisation du bras, mais que les douleurs constantes, qui dépendaient de son activité, menaient le patient à vouloir changer cette situation. L'étendue des lésions et le manque d'amélioration spontanée permettaient de poser l'indication d'une suture tendineuse, sous arthroscopie, qui était envisagée fin août ou en septembre 2018.

11. Le médecin-conseil d'AXA, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a rendu un rapport du 23 avril 2018, recommandant que l'assurance mette un terme à son devoir d'indemnisation en date du 12 janvier 2018, ce qui correspondait à la date de l'examen IRM, considérant qu'il n'y avait plus de lien de causalité avec les accidents au-delà du 12 janvier 2018.

12. Se fondant sur ce rapport, AXA a, par décision du 1er mai 2018, mis un terme à ses prestations, au 12 janvier 2018. L'assureur-maladie de l'assuré, CSS assurance, a reçu copie de la décision d'AXA et ne s'y est pas opposée.

13. En date du 25 mai 2018, le mandataire de l'assuré s'est opposé à la décision du 1er mai 2018, considérant qu'AXA s'était fondée uniquement sur l'avis de son médecin-conseil, qui n'avait pas examiné l'assuré et qui n'émettait que des suppositions. Il a joint à son opposition un rapport de la Dresse C_____, daté du 22 mai 2018, dans lequel cette dernière ne pouvait se prononcer avec certitude sur la causalité (ch. 4), envisageait la possibilité d'une composante dégénérative (ch. 5) et confirmait qu'elle n'avait jamais traité l'assuré pour des douleurs à l'épaule auparavant (ch. 6). Était également joint un rapport du Dr E_____, daté du 17 mai 2018, affirmant que l'évidence de traumatismes adéquats vécus selon la LAA « était incontestable », rappelait les faits épidémiologiques, les incidences des lésions de la coiffe des rotateurs en fonction de l'âge des victimes et concluait à une lésion accidentelle probable (>50%) ou une lésion assimilée plus probable (75%), selon la LAA, tout en recommandant une intervention chirurgicale pour traiter les lésions tendineuses.

14. Par décision du 9 juillet 2018, AXA a confirmé la décision précédente et rejeté l'opposition en reprenant les motivations déjà exposées, soit le fait que les lésions présentées par l'assuré étaient selon le médecin-conseil typiquement dégénératives et leur topographie, soit plusieurs tendons touchés, ne permettait pas d'admettre une relation de causalité avec un traumatisme au-delà de la date de l'examen IRM. Le rapport du Dr E_____ allait dans un autre sens, admettant qu'avec l'âge se développait une dégénérescence naturelle tendineuse et procédant à une description

épidémiologique complète de la survenue des lésions tendineuses pour les différents âges de la vie. Se fondant sur la démonstration épidémiologique et sur un calcul de probabilité, le Dr E_____ considérait qu'il n'y avait pas de certitude que l'assuré présentât une lésion dégénérative préexistante à cause de son âge ; dès lors il fallait admettre qu'il s'agissait d'une lésion accidentelle probable, avec un taux de probabilité supérieure à 50% ou une lésion assimilée plus probable, avec un taux de probabilité supérieure à 75%. AXA avait consulté un second médecin-conseil, dans le cadre de la procédure d'opposition et avait soumis le dossier au docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui avait établi un rapport en date du 16 juin 2018. Selon le rapport en question, les troubles dégénératifs mentionnés sur l'examen IRM existaient déjà au moment des accidents ; dès lors, le lien de causalité entre les deux accidents d'avril 2017 et les troubles de la santé étaient, au mieux, possible. S'agissant de la date du statu quo sine, le médecin-conseil considérait qu'une contusion simple de l'épaule guérissait habituellement dans un délai de trois mois après quoi l'événement traumatique cessait ses effets délétères. Dans le cas présent, la date retenue soit, le 12 janvier 2018, s'établissait à neuf mois après l'événement, ce qui était même au-delà du temps de guérison. S'agissant de la qualification de lésions assimilées, le médecin-conseil l'admettait pour la déchirure du tendon, mais la refusait pour la lésion SLAP qui était une désinsertion du bourrelet et non pas une lésion tombant sous le coup de l'art. 6 al. 2 LAA. En conclusion, le Dr G_____ considérait que les lésions tendineuses diffuses de la coiffe des rotateurs étaient dues, de façon quasi exclusive à l'usure physiologique de l'organisme, et étaient, de façon probable, préexistantes au moment des événements. La date du statu quo sine fixée au 12 janvier 2018 devait ainsi être maintenue.

15. Le conseil du recourant a interjeté recours, par écriture du 10 septembre 2018, contre la décision du 9 juillet 2018. Il a conclu, préalablement, à ce que la chambre de céans ordonne une expertise judiciaire, la comparution des parties, l'audition des Dresses B_____ et C_____, et du Dr E_____, et principalement à ce que la décision querellée soit annulée. La motivation en était qu'il existait un lien de causalité adéquat entre les accidents subis et les troubles de l'épaule gauche du recourant, ce qui impliquait que l'assurance AXA devait prendre en charge l'intégralité du traitement médical et, en particulier, l'intervention chirurgicale prévue pour le 10 janvier 2019. Les avis des médecins-conseils d'AXA étaient contestés, du fait qu'ils n'avaient pas examiné le recourant et que leurs constats étaient laconiques et dénués d'explications.

16. Le conseil d'AXA a répondu en date du 8 octobre 2018, concluant au rejet du recours sans frais ni dépens. Reprenant les différents rapports de ses médecins-conseils, l'intimée a considéré que ces derniers étaient bien motivés. S'agissant des

écrits du Dr E_____, son approche étiologique et statistique était contestée. Au niveau de la vraisemblance prépondérante, AXA considérait que les deux accidents du mois d'avril 2017 n'avaient fait qu'aggraver temporairement la situation de santé de l'assuré et que l'intimée s'était montré plus large en admettant une date de retour au statu quo ante. S'agissant de l'expertise judiciaire demandée par le recourant, l'intimée considérait qu'elle n'était pas nécessaire, l'argumentation de l'assuré n'étant pas de nature à remettre en question le bien-fondé des avis médicaux des médecins-conseils.

17. Le recourant a répliqué en date du 13 décembre 2018, alléguant que les médecins-conseils d'AXA n'étaient pas des experts en la matière, que leurs affirmations étaient superficielles et qu'elles procédaient de la justification et d'un refus systématique de fournir des prestations à la charge de l'intimée. Au contraire, l'argumentation du recourant se fondait sur des statistiques confirmées et des avis reconnus dans le domaine médical spécialisé concerné. Le recourant insistait sur la nécessité d'ordonner une expertise judiciaire, par un expert confirmé, et maintenait ses conclusions.

18. Par duplique du 15 février 2019, AXA a dénié le caractère superficiel et orienté des avis médicaux rendus par les médecins-conseils dont il a rappelé qu'ils étaient des spécialistes dans ce domaine et a confirmé les conclusions déjà prises dans sa réponse du 8 octobre 2018.

19. Par courrier du 16 décembre 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle envisageait de confier une expertise judiciaire médicale au docteur I_____. Par courrier du 13 janvier 2020, AXA s'est opposé au choix de l'expert au motif, notamment, que ce dernier était l'auteur d'un article très controversé dans le monde médical, qu'il contestait pratiquement systématiquement tous les avis médicaux émanant de médecins-conseils ou d'experts qui concluaient à un défaut de lien de causalité et que, par conséquent, il devait être récusé.

20. Par courrier du 29 juin 2020, la chambre de céans a proposé aux parties que le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, réalise l'expertise judiciaire, ce que les parties ont accepté par courriers, respectivement, du 6 et du 27 juillet 2020.

21. En date du 11 janvier 2021, la chambre de céans a proposé aux parties un projet de mission d'expertise, sous forme d'un libellé de questions. L'intimée a accepté le projet et le recourant a demandé, par courrier du 29 janvier 2021 un ajout, qui a été pris en compte, dans la mission d'expertise, sous ch. 5.1.1.

EN DROIT

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

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

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

   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. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

   Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi et compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations, à partir du 12 janvier 2018, suite aux accidents dont le recourant a été victime les 15 et 21 avril 2017.

6. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

b. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117). Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réaliste. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier.

c. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

L’exigence d’un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu’associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des

symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

7. a. Aux termes de l’art. 6 al. 2 LAA, l’assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

b. On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

La déchirure de la coiffe des rotateurs était assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La liste des lésions corporelles figurant à l'art. 6 al. 2 LAA correspond à celle de l'art. 9 al. 2 aOLAA, si bien que la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien droit relative à la qualification d'une lésion comme étant analogue à celle causée par un accident demeure applicable (cf. Kaspar GEHRING, KVG/UVG Kommentar, Bundesgesetze über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] mit weiteren Erlassen, 2018, n. 13 ad Art. 6 UVG).

Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

c. Dans un arrêt de principe 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à

la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails. Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement

sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

10. Le juge des assurances sociales doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

11. a. En l'espèce, par décision du 1er mai 2018, confirmée sur opposition le 9 juillet 2018, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 12 janvier 2018, refusant ainsi de prendre en charge le coût des soins postérieurs à cette date et notamment les frais de l'intervention chirurgicale envisagée par le recourant.

Elle a retenu, en se fondant sur l'appréciation de ses médecins-conseils - soit l'avis du Dr F_____, confirmé par la suite par le Dr G_____ - que les accidents assurés

n'avaient pas causé de troubles de l'épaule subsistant au-delà de trois mois et, partant, au-delà du 12 janvier 2018, lesdits troubles ayant, notamment, pour origine un état dégénératif dû à l'âge du recourant.

b. Le recourant se fonde pour sa part sur l'avis de son médecin-traitant, le Dr E_____, lequel conteste les conclusions des médecins-conseils de l'intimée. Il affirme que les deux chutes du mois d'avril 2017 ont provoqué une lésion accidentelle probable (>50%) ou une lésion assimilée probable (>75%) selon la LAA.

Compte tenu de ces argumentations et conclusions opposées, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige et de déterminer si, comme le soutient l'intimée, les événements accidentels n'ont fait qu'engendrer une aggravation temporaire d'un état dégénératif, cas échéant à quelle date l'état antérieur a été rétabli, ou si, comme l'affirme le recourant, l'accident assuré a causé les troubles de la santé qui ont perduré au-delà du 12 janvier 2018.

12. Dans ces conditions, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique, laquelle sera confiée au docteur H_____, orthopédiste.

L'expert aura notamment pour mission de se déterminer quant au lien de causalité entre les sinistres des 15 et 21 avril 2017 et les lésions de la coiffe des rotateurs, ainsi que du long-chef du biceps, de même que la date du statu quo sine vel ante.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise médicale de Monsieur A_____.

La confie au Docteur H_____, orthopédiste, _____, 1227 Carouge.

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 la personne expertisée, soit les doctoresses B_____ (généraliste), C_____ (généraliste) et le docteur D_____ (orthopédiste), ainsi qu'auprès des médecins-conseils de l'assurance, les docteurs F_____ (orthopédiste) et G_____ (orthopédiste).

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec les accidents du 15 avril 2017 et du 21 avril 2017 ? Plus précisément, ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de

50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé, notamment en vous référant aux faits épidémiologiques dans la littérature scientifique.

5.1.2 À partir de quel moment le statu quo ante a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du statu quo ante pour chaque diagnostic posé.

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. **Limitations fonctionnelles**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

6.1.1 Dates d'apparition

7. **Capacité de travail**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

8. **Traitement**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation

8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.4 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 de la personne expertisée (état final atteint) ?

9. **Atteinte à l'intégrité**

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité

10. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

10.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'IRM du Dr E_____ (radiologue) du 15 janvier 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés ? Si non, pourquoi ?

10.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr E_____ du 23 janvier 2018 et du 17 mai 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et le lien de causalité exprimé ? Si non, pourquoi ?

10.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr F_____ du 23 avril 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et le lien de causalité exprimé ainsi que la date du statu quo ? Si non, pourquoi ?

10.4 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse C_____ selon questionnaire médical du 22 mai 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et le lien de causalité exprimé ? Si non, pourquoi ?

10.5 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr G_____ du 16 juin 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et le lien de causalité exprimé ainsi que la date du statu quo ? Si non, pourquoi ?

11. **Autres facteurs**

Suite aux accidents du 15 avril 2017 et du 21 avril 2017 :

11.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?

11.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?

11.3 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

11.4 Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites, notamment les séances de physiothérapies qui se sont déroulées du 6 juin au 12 juillet 2017 ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.5 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.6 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

12. Quel est le **pronostic** ?

13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | Le président

Nathalie LOCHER | Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le