

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3225/2005

ATAS/455/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 11 avril 2008**

En la cause

P \_\_\_\_\_, domicilié à BONS EN CHABLAIS, FRANCE

recourant

contre

ALLIANZ SUISSE, sise avenue du Bouchet 2, case postale, GENEVE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Olivier LEVY et Christine KOEPEL, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Employé par X\_\_\_\_\_ GENÈVE, Monsieur P\_\_\_\_\_ était assuré à ce titre contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de HELVETIA ACCIDENTS (compagnie reprise par la suite par ELVIA ASSURANCES puis par ALLIANZ SUISSE ASSURANCES ; ci-après : ALLIANZ ou l'assureur).

2. Le 7 mars 1988, X\_\_\_\_\_ GENEVE a signalé à l'assureur que son employé avait été victime d'un accident "dans le courant de l'année 1987". La description de l'accident était la suivante :

"Chaque jour, il poussait les palettes en s'aidant de l'épaule. Il pense qu'avec le temps, ce geste a provoqué le mal dont il souffre. D'autre part, aux environs de la fin de l'année, il s'est heurté l'épaule contre une vitre".

3. Le 22 avril 1988, en complément à cette première annonce, l'assuré a déclaré :

"Depuis deux ans à la X\_\_\_\_\_, nous recevons de gros chariots métalliques et pour les rentrer dans le magasin, avec un dénivelé entre le trottoir et le magasin de 50 cm, je tirais très fortement les deux chariots quotidiens. Environ une bonne année après, j'ai ressenti des douleurs à l'épaule gauche. Tout d'abord, j'ai mis ce mal sur le compte de rhumatismes et je ne me suis pas fait soigner. Vers Noël 1987, j'ai heurté une vitre sur la même épaule et la douleur s'est amplifiée. J'ai donc décidé d'aller voir le médecin à la fin janvier 1988. Le docteur A\_\_\_\_\_ a d'abord pronostiqué une tendinite. Mais après un traitement anti-inflammatoire, il n'y a pas eu d'amélioration. Alors il m'a été fait des radiographies par le docteur B\_\_\_\_\_ à Thonon et ainsi, il a été constaté un choc. Je vous enverrai les radios. J'ai manqué le travail jusqu'au 6 avril et j'ai été payé par la X\_\_\_\_\_ jusqu'au 31 mars 1988 car j'ai donné ma démission".

4. Le 12 février 1988, le docteur B\_\_\_\_\_ a rendu un rapport dont il ressort qu'il a constaté sur les clichés radiologiques la présence d'une géode sous-corticale de la face antéro-externe du trochiter, constituée d'une zone déminéralisée cernée d'un liseré condensé, s'ouvrant au niveau de la corticale superficielle. Cette image peut correspondre soit à une lésion trophique, peut-être au niveau de l'insertion du ligament coraco-huméral, ou d'un faisceau antérieur du sus-épineux, soit à une inflammation de la bourse sous-deltaïdienne. Le médecin a estimé qu'une tumeur osseuse bénigne était moins probable.

Le 23 février 1988, il a pratiqué de nouveaux examens (tomographies de l'épaule gauche notamment). Les nouvelles images ont confirmé l'existence d'une vaste zone d'ostéopénie trochitérienne débordant sur la portion de la tête, sans rupture corticale. Le contour de cette zone était très discrètement limité par une très faible condensation, traduisant le caractère chronique. Une petite brèche corticale de la face externe du trochiter existait, correspondant certainement à une zone d'insertion tendineuse. Enfin, un aspect radiologique de l'algodystrophie était mentionné, traduisant des troubles trophiques chroniques consécutifs soit à un traumatisme, soit à des micro-traumatismes répétés, soit à une tendinite chronique.

5. Le docteur A\_\_\_\_\_, médecin traitant, a fait état, dans un rapport reçu par l'assureur le 14 mars 1988, d'une lésion de l'épaule gauche et d'une algodystrophie post traumatique. L'incapacité de travail était totale à compter du 8 février 1988.
6. Le 20 avril 1988, le médecin traitant a précisé qu'il y avait eu un traumatisme initial, à savoir un choc sur l'épaule, puis une gêne articulaire répétitive en fonction des mouvements imposés par le métier de son patient. L'incapacité de travail se poursuivait.
7. L'assuré a entièrement retrouvé sa capacité de travail le 6 mai 1988, date jusqu'à laquelle des indemnités journalières lui ont été versées.
8. Le 21 mai 1988, l'assuré a commencé à travailler chez un nouvel employeur, l'entreprise Y\_\_\_\_\_ SA.
9. Le 30 août 1988, le docteur C\_\_\_\_\_, radiologue, a mis en évidence un aspect radiologique d'algodystrophie, probablement sur contiguïté avec une sinovite. L'état du patient s'améliorant cliniquement, il ne conseillait pas de nouvel examen avant une année. En tous les cas, il n'y avait pas de signe de malignité, ni de rupture de la corticale.

Le médecin a procédé à un examen de contrôle le 18 mars 1991, lors duquel il a confirmé un aspect du trochiter évoquant non pas une tumeur bénigne, mais une algodystrophie probablement sous-jacente à une tendinite du sus-épineux.

10. Le 28 avril 1993, X\_\_\_\_\_ GENEVE a annoncé à l'assureur une rechute.
11. Le docteur D\_\_\_\_\_ a relaté, dans un rapport du 11 juin 1993, une rechute d'algodystrophie de l'épaule gauche. Il constatait une récurrence des douleurs et une limitation de l'articulation.
12. En date du 19 juillet 1993, l'assuré a subi des examens radiologiques effectués par le docteur E\_\_\_\_\_, radiologue. Ce dernier a observé une légère incongruence articulaire de l'épaule, une acromio-claviculaire à bords peu nets surtout du côté claviculaire et un peu large. Enfin, il a retrouvé les remaniements osseux déjà

décrits antérieurement. Selon lui, la localisation dans la région du trochiter et l'aspect géodique entouré d'un liseré plus dense faisait penser avant tout à des troubles dystrophiques dont une étiologie traumatique était parfaitement possible. Le diagnostic différentiel pouvait être une dysplasie fibreuse banale, mais l'association de plusieurs lésions, au niveaux de l'acromio-claviculaire, de l'articulation de l'épaule et du grand trochanter orientait plutôt vers une origine commune de type post-traumatique. Le médecin a observé un liseré plus dense autour des zones géodiques, dont il a indiqué que cela correspondait à une évolution normale.

13. Sur demande de l'assureur, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a examiné à son tour l'assuré. Dans son rapport du 6 août 1993, l'expert a conclu à la présence d'une périarthrite probablement post-traumatique, au stade chronique avec image radiologique pratiquement fixée depuis 1988. Ladite périarthrite était avant tout douloureuse, mais n'entraînait pas de perte de mobilité de l'épaule gauche chez un gaucher. Le contexte radiologique objectif justifiait les plaintes de l'intéressé. Il n'y avait pas de signe en faveur d'un état maladif quel qu'il soit, ce qui faisait dire au médecin que l'état actuel était bien la conséquence de l'accident de juin 1987, d'autant plus que les périarthrites rebelles et longues à disparaître étaient connues. Il préconisait une ou plusieurs infiltrations de corticoïdes et, en cas d'échec, une physiothérapie voire, en dernier ressort, de la radiothérapie antalgique. L'assuré demeurait capable de continuer son travail normalement.
14. Le 20 juin 1994, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin généraliste, faisait état d'une persistance des douleurs (permanentes) de l'épaule gauche avec efficacité modérée des traitements multiples. La mobilisation était douloureuse et limitée.
15. Le docteur PENZ a également mentionné la persistance des douleurs à prédominance nocturne (rapport du 14 décembre 1993).
16. En novembre 2001, l'assuré a consulté la doctoresse H\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui a demandé des radiographies et un arthro-scanner. Une rupture de la coiffe des rotateurs - principalement de la partie externe du sus-épineux - et une rupture du tendon du long biceps dans sa portion haute - avec fissuration longitudinale de sa portion basse - ont été constatées. Le docteur I\_\_\_\_\_, chirurgien consulté en vue d'une éventuelle intervention, l'a déconseillée au motif qu'il s'agissait d'une rupture dégénérative avec un tendon très mince. Selon ce spécialiste, il était probable que la reprise du travail ne soit pas possible et, dans ces conditions, il lui paraissait plus logique d'admettre que l'état de l'épaule était incompatible avec l'activité professionnelle exercée. Si les douleurs devaient persister dans une activité plus calme, une intervention chirurgicale à visée antalgique pouvait être rediscutée, mais avec un objectif beaucoup moins ambitieux.

17. Le 31 mai 2002, l'assureur a informé son assuré que l'atteinte à la santé dont il souffrait ne pouvait être considérée comme une rechute de l'événement survenu dans le courant de l'année 1987.
18. Par courrier du 28 août 2002, l'intéressé a fait part de son désaccord. Il a fait remarquer que, bien que les investigations faites au moment de l'accident initial n'aient pas permis de déceler le traumatisme, l'assureur avait néanmoins pris en charge les incapacités de travail en 1988 et les frais de traitement. Il s'est référé à l'avis du docteur F\_\_\_\_\_ et a ajouté que, selon son médecin actuel, la rupture de la coiffe des rotateurs constituait une aggravation de son traumatisme.
19. L'assureur a confirmé, par courrier du 6 février 2003, que la reprise du traitement médical et l'éventuelle incapacité de travail qui pourrait en découler ne pourraient être prises en charge par l'assurance-accidents.
20. L'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise, car son médecin traitant continuait d'affirmer que la rupture du long biceps était consécutive à l'accident survenu dans le courant de l'année 1987.
21. Le 4 septembre 2003, l'assuré a été examiné par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, auquel a été soumis le dossier médical et radiographique.

Dans son rapport du 16 septembre 2003, l'expert a relaté que l'assuré expliquait l'origine de ses douleurs par le fait qu'il avait dû tirer chaque matin une grosse palette de légumes en plus de son activité de boucher; il avait alors progressivement développé des douleurs aux faces supérieure et latérale de l'épaule gauche, à l'effort mais également la nuit. L'intéressé avait précisé avoir présenté des craquements douloureux transitoires de son épaule gauche à l'occasion d'un effort particulièrement pénible de traction du membre supérieur gauche. Quant au choc contre une vitre, il était survenu alors que l'expertisé marchait autour du rayon de sa boucherie : il avait heurté avec la face antérieure de l'épaule gauche une vitre épaisse d'isolation du froid ; il n'y avait eu ni mouvement d'arrachement ou extrême passif de l'épaule, ni mouvement actif contre résistance. L'assuré rapportait une contusion antérieure de l'épaule et des douleurs, sans tuméfaction, ni hématome, ni limitation fonctionnelle.

Le docteur J\_\_\_\_\_ a examiné les radiographies qui lui ont été soumises et a relevé notamment que celle du 23 février 1988, contrairement à l'avis du docteur A\_\_\_\_\_, ne permettait pas de suspecter une algoneurodystrophie post-traumatique, le reste de la texture osseuse étant tout à fait homogène et aucune déminéralisation mouchetée n'étant visible. Aucune lésion traumatique n'était constatable. L'expert a expliqué que cette radiographie permettait par contre de constater des troubles dégénératifs acromio-claviculaires bien visibles sur l'axial avec petite géode en miroir, une sclérose du sommet du trochiter avec quelques

formations géodiques lacunaires évoquant un conflit sous-acromial chronique ainsi qu'une impression de pincement de l'espace sous-acromial avec une distance résiduelle de 8 mm. Jusqu'à la radiographie pratiquée le 18 mars 1991, il n'y avait pas eu de changement significatif. Les clichés du 19 juillet 1993 montraient les mêmes lésions dégénératives scléro-géodiques du sommet du trochiter. Elle laissait toutefois apparaître le début de troubles dégénératifs gléno-huméraux dans le sens d'un effilement polaire inférieur de la glène. Quant aux clichés du 1<sup>er</sup> décembre 1998, ils laissaient constater une légère augmentation du remaniement scléreux des lésions lacunaires et géodiques du trochiter. L'arthro-scanner pratiqué le 14 décembre 2001 confirmait les troubles dégénératifs débutants de la gléno-humérale et plus avancés de l'acromio-claviculaire et permettait de constater une fuite du liquide de contraste à travers la coiffe des rotateurs.

Le docteur J \_\_\_\_\_ a précisé que l'aspect radiologique était très évocateur d'une perte de substance dégénérative de la coiffe des rotateurs sur conflit sous-acromial chronique. Il a ajouté qu'il n'y avait aucun élément permettant de retenir le diagnostic d'une rupture traumatique pure.

Finalement, l'expert a retenu les diagnostics suivants : conflit sous-acromial chronique de l'épaule gauche avec petite perte de substance dégénérative de la coiffe des rotateurs, arthrose acromio-claviculaire gauche peu symptomatique et status après contusions bénignes antérieures de l'épaule gauche en 1987.

Concernant l'existence d'une relation de causalité naturelle entre l'« accident » survenu dans le courant de l'année 1987 et l'état de l'épaule gauche de l'assuré, le docteur J \_\_\_\_\_ a estimé qu'elle n'était que possible mais non probable. Pour étayer son opinion, il a mentionné les éléments suivants :

- la notion peu claire de douleurs préexistantes de l'épaule gauche initialement attribuées à une surcharge professionnelle ;
- le fait que l'action vulnérante des efforts de traction ou de la contusion de l'épaule gauche incriminée dans le courant de l'année 1987 est inappropriée pour expliquer une lésion significative de la coiffe des rotateurs; en effet, il n'y avait ni notion de luxation, ni mouvement actif ou passif extrême de l'épaule, ni mouvement d'abduction contre résistance;
- l'absence de notion de pseudo-paralysie ou même de limitation fonctionnelle initiale de l'épaule;
- le développement progressif de la gêne, notamment professionnelle, ainsi que des douleurs nocturnes;
- l'âge du patient (quarante ans), âge auquel les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont bien plus fréquentes que les lésions traumatiques;
- la tardiveté de la déclaration d'accident;

- la présence de troubles manifestement dégénératifs anciens de l'épaule gauche sur les premières radiographies du 12 février 1988 déjà, avec notamment un remaniement scléro-géodique du trochiter évoquant un conflit sous-acromial chronique sans élément objectif pour une quelconque lésion traumatique;
- l'association d'autres lésions dégénératives de l'épaule gauche, notamment une arthrose acromio-claviculaire et une arthrose gléno-humérale débutante.

L'expert a ajouté que les facteurs étrangers, notamment le conflit sous-acromial chronique, jouaient vraisemblablement un rôle prédominant, voire exclusif, et qu'il était fort probable que les premiers symptômes invoqués en 1987 seraient apparus à d'autres occasions, dans des mouvements ordinaires ou extraordinaires de la vie. Il n'était par ailleurs pas possible de retenir d'élément objectif pour une aggravation anatomique transitoire ou durable.

22. Par décision du 17 octobre 2003, ALLIANZ a nié le droit aux prestations d'assurance ab initio mais renoncé à réclamer le remboursement des prestations versées à tort. Elle a par ailleurs retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.
23. Par courrier du 6 novembre 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a invoqué l'avis de ses médecins traitants selon lesquels la rupture de la coiffe des rotateurs et du long biceps serait la suite d'un traumatisme.
24. Dans un avis du 4 novembre 2003, la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a estimé, après lecture du rapport d'expertise, inexact de ne pas considérer l'état actuel de l'épaule de son patient comme étant séquentaire de l'accident de juin 1987. Les lésions radiologiques témoignaient à l'époque d'un conflit entre la tête humérale et l'acromion causé a priori par la rupture du tendon du sus-épineux d'origine traumatique étant donné l'âge du patient. Selon elle, les lésions actuelles étaient dues à l'évolution post-traumatique de l'épaule chez un patient ayant continué à exercer une activité professionnelle physique demandant beaucoup de manutentions. L'épaule était actuellement atrophiée, douloureuse et invalidante pour la poursuite de son activité professionnelle et il fallait en imputer en grande partie la cause à l'accident de travail de 1987.
25. Le 1<sup>er</sup> mars 2005, le docteur I\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique à Lyon, a fait savoir que la rupture de la coiffe des rotateurs concernant la longue portion du biceps et le tendon sus-épineux présentait des caractéristiques évocatrices d'une lésion ancienne tout à fait compatible avec une rupture contemporaine de l'accident survenu le 15 juin 1987.

Il a ajouté que, sans pouvoir affirmer de façon formelle que l'accident avait été la seule cause de cette rupture vu l'absence d'imagerie tendineuse peu après, on pouvait néanmoins constater que les douleurs évoluaient selon un mode chronique

depuis cette période, ce qui rendait tout à fait possible voire probable la relation de cause à effet entre l'accident survenu en 1987 et la rupture constatée sur l'arthro-scanner en 2001. Les circonstances de cet accident ne paraissaient pas démentir cette hypothèse car il était fréquent en pathologie de coiffe d'observer une rupture lors d'un choc sur la face antérieure de l'épaule. La chronologie des différents symptômes apparus depuis 1986 et les signes radiographiques constatés entre 1988 et 2001 plaidaient en faveur d'une tendinopathie dégénérative particulièrement précoce qui se serait aggravée lors de l'accident de 1987 par une rupture de l'attache distale du tendon sur le trochiter. Cette rupture s'était ensuite progressivement élargie, aboutissant aux lésions constatées sur l'arthro-scanner réalisé en 2001.

Enfin, compte tenu de l'aspect actuel de cette rupture, le résultat d'une réparation chirurgicale ne paraissait pas compatible avec la reprise d'un travail impliquant des activités s'effectuant bras en l'air ou le soulèvement de charges lourdes, raison pour laquelle le docteur I\_\_\_\_\_ a conseillé à l'assuré de changer d'orientation professionnelle plutôt que d'opter pour une intervention.

26. Le 23 mars 2005, une arthro-IRM de l'épaule gauche a démontré une rupture du sus-épineux à la hauteur de l'insertion trochitérienne, ainsi qu'une rupture partielle du sous-scapulaire à la hauteur de son insertion humérale.
27. Le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, s'est prononcé le 31 mars 2005, à la demande de l'assuré, sur la question de savoir si les lésions découvertes quatorze ans après le traumatisme étaient d'origine traumatique ou dégénérative.

Il a indiqué qu'il était difficile d'y répondre de manière formelle, car tous les examens qui pourraient permettre de prendre position avaient été effectués beaucoup trop tard.

Cependant, il a fait remarquer qu'à quarante ans, il n'était pas habituel de constater des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs chez un patient en bonne santé et sans antécédents traumatiques et qu'il était dès lors raisonnable de penser que l'accident initial décrit comme très violent par le patient avait pu occasionner une lésion de la coiffe des rotateurs.

Les signes d'algoneurodystrophie visualisés sur les radiographies pratiquées quelques mois après l'accident tendaient à prouver que le traumatisme avait été suffisamment important pour déclencher ce type de pathologie. Il était en effet rarissime chez un patient en bonne santé et ne présentant pas de facteur de risque de voir se développer une algoneurodystrophie du membre supérieur sans facteur favorisant à la clé.

Le docteur K\_\_\_\_\_ a estimé que l'on pouvait exclure un syndrome du conflit sous-acromial comme étant à l'origine des troubles présentés par le patient.

Il a ajouté que ce dernier se plaignait toujours de douleurs et d'une diminution de force qui l'empêchaient d'effectuer des travaux de force et/ou répétitifs.

Les lésions étant désormais clairement documentées, on pouvait noter une rupture chronique de la coiffe des rotateurs avec une atrophie du sus-épineux visible même cliniquement et d'une section du biceps, ce qui montrait que les lésions étaient très anciennes et qu'il y avait tout lieu de penser qu'elles s'étaient produites au moment du traumatisme initial, étayant ainsi l'hypothèse de la cause traumatique à l'origine de la situation actuelle.

Finalement, selon le médecin, le simple bon sens permettait d'attribuer à l'accident les lésions actuelles puisque le patient n'avait semble-t-il jamais souffert de son épaule avant 1987. Il n'y avait pas de raison qu'à l'âge de quarante ans, il décompense subitement et sans facteur de risque une coiffe qui, jusqu'alors, ne lui posait aucun problème.

28. Les avis de ces médecins ont été soumis au docteur J\_\_\_\_\_ qui a établi un rapport complémentaire le 21 avril 2005.

Il a estimé que ceux-ci n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier les conclusions de son expertise.

Un remaniement scléro-géodique du trochiter n'était selon lui pas caractéristique d'une rupture fraîche de la coiffe des rotateurs, mais indiquait au contraire un état dégénératif ancien et déjà présent sur les premières radiographies du 12 février 1998.

Quant aux lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs, elles n'étaient pas rares chez un patient âgé de quarante ans, surtout chez un manutentionnaire appelé à fournir des efforts répétitifs. Qui plus est, le patient avait déjà présenté des épisodes de craquements douloureux à l'effort dans son épaule gauche avant l'accident de 1987 et l'arthro-IRM récente montrait une perte de substance des diverses structures de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche évoquant une lésion ancienne et chronique. Selon lui, il était abusif de taxer cette perte de substance de rupture et de l'attribuer avec vraisemblance à un événement peu clair survenu en 1987. L'action vulnérable (choc antérieur sur l'épaule) n'était selon lui pas appropriée pour solliciter un ou plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs au-delà de leur point de rupture chez un patient de quarante ans.

Le docteur J\_\_\_\_\_ a finalement rappelé qu'un lien de causalité naturelle devait résulter de l'analyse différenciée de tous les éléments anamnestiques cliniques et radiologiques disponibles et que la valeur probante d'éléments isolés ou d'impressions subjectives était insuffisante.

29. L'assureur a confirmé sa décision du 17 octobre 2003 par décision sur opposition du 15 juin 2005.

Il a relevé que l'assuré avait consulté pour la première fois le 8 février 1988 et qu'il avait alors évoqué deux événements, l'un répétitif (fait de pousser quotidiennement un chariot), l'autre ponctuel (choc sur une vitre), pour expliquer ses douleurs initiales. L'assureur a donc examiné si l'un ou l'autre de ces événements remplissait les conditions d'un accident.

Pour le premier, il a estimé que, les douleurs étant apparues progressivement, l'élément de soudaineté faisait défaut et qu'il n'était dès lors pas nécessaire d'analyser plus avant cet événement, du fait qu'il ne remplissait déjà pas la condition pour être constitutif d'un accident ou d'une lésion corporelle assimilée.

L'assureur a ensuite examiné si un choc sur une vitre était constitutif d'un accident. Il a admis qu'en soi, tel était le cas, en rappelant cependant que la vraisemblance de cet événement n'était pas si évidente, dans la mesure où il n'avait été annoncé qu'en mars 1988 et ne pouvait être daté précisément dans le temps. En effet, l'assuré a parlé d'un événement "vers Noël 1987", alors que certains rapports médicaux établis en 2003 et 2005 parlent d'un traumatisme intervenu en juin 1987. Dans tous les cas, l'assureur a fait remarquer que cet événement, qui devait être considéré comme mineur, n'avait fait que révéler et non pas causé l'état pathologique manifestement ancien de l'épaule gauche, sans que l'on puisse retenir d'éléments objectifs pour une aggravation anatomique transitoire ou durable. L'assureur s'est basé sur le rapport du docteur J\_\_\_\_\_, selon lequel le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule gauche et un événement accidentel survenu en 1987 n'était que possible mais non probable pour plusieurs raisons décrites précisément. Il a retenu que selon l'expert, des facteurs étrangers à l'accident jouaient vraisemblablement un rôle prédominant voire exclusif (il s'agissait notamment d'un conflit sous-acromial chronique banal de l'épaule gauche chez un assuré gaucher).

L'assureur en a tiré la conclusion que les événements dont faisait état l'assuré n'avaient fait que révéler une symptomatologie chronique mais ne l'avaient pas causée et que, par conséquent, le statu quo avait été immédiatement retrouvé.

Il a en outre relevé que le docteur I\_\_\_\_\_ avait admis qu'on ne pouvait affirmer de façon formelle que l'accident avait été la seule cause de la rupture. Quant à l'avis du docteur K\_\_\_\_\_, il a considéré qu'il reposait sur la présence de signes d'algoneurodystrophie sur les radiographies pratiquées en février 1988 relatés par le docteur A\_\_\_\_\_, alors qu'en fait les clichés ne montraient pas de déminéralisation mouchetée pouvant faire évoquer une algoneurodystrophie de Sudeck.

30. Par mémoire du 11 septembre 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant implicitement à son annulation et à la prise en charge des suites de l'accident professionnel de 1987. Il fait valoir que ledit accident a été reconnu à

l'époque par son assureur-accidents et que, depuis lors, il a toujours souffert de l'épaule. Ce n'est qu'en 2001, suite à son changement de médecin traitant, qu'un examen essentiel a été réalisé et a mis en évidence une atteinte de la coiffe des rotateurs sous forme d'une rupture du sus-épineux et du sous-épineux.

31. L'intimé, dans sa réponse du 9 novembre 2005, conclut au rejet du recours. En substance, il reprend les arguments développés dans sa décision sur opposition.
32. Par duplique du 10 décembre 2005, l'assuré a fait remarquer que le docteur J\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte de ce qu'il avait démissionné de son travail parce que son épaule gauche le faisait de plus en plus souffrir suite au choc et qu'il était dans l'impossibilité de continuer à exercer sa profession de boucher. Il allègue que sa démission est donc en lien de causalité avec l'accident et le préjudice subi.
33. Le docteur J\_\_\_\_\_, convoqué par le Tribunal de céans, s'est déclaré dans l'impossibilité de venir à l'audience d'enquêtes prévue le 22 juin 2005.
34. Par courrier du 19 février 2007, l'assuré a fait savoir qu'il n'avait pas de question particulière à poser au docteur J\_\_\_\_\_ et a rappelé que suite à son accident du travail, il a dû cesser d'exercer la profession de boucher et que l'assurance-invalidité, à laquelle il s'est adressé, lui a répondu qu'un boucher gaucher victime d'une rupture de la coiffe de l'épaule gauche était dans l'impossibilité de continuer à exercer son activité. Il en tire la conclusion qu'il subit un préjudice moral et pécuniaire et demande que celui-ci soit reconnu.
35. Le Tribunal a entendu, en qualité de témoin, le docteur K\_\_\_\_\_ en date du 30 août 2007. Celui-ci a confirmé la teneur de son rapport du 31 mars 2005 établi à la demande de l'assuré. S'il a penché en faveur d'une atteinte traumatique, c'est premièrement en raison de l'âge du patient (il y a statistiquement plus de chances, à cet âge, de voir des lésions accidentelles). Cela n'excluait toutefois pas une origine dégénérative.

S'il avait indiqué dans son rapport que l'assuré n'avait jamais souffert auparavant, c'est parce que l'intéressé le lui avait mentionné.

Quant aux raisons énoncées par le docteur J\_\_\_\_\_ à l'appui de la conclusion selon laquelle les lésions ne seraient pas dues à un événement traumatique, le témoin a déclaré que l'on peut effectivement le dire mais qu'on ne peut le démontrer. Il ne pouvait pas plus démontrer que la cause était traumatique.

Les lésions dégénératives constatées en 1988 pouvaient parfaitement expliquer les douleurs éprouvées, mais l'accident à son avis aussi.

Il est vrai que la rupture de la coiffe des rotateurs n'a été constatée qu'en novembre 2001. L'assuré était alors âgé de 54 ans. A cet âge, les assurés présentent des

atteintes dégénératives. La rupture de la coiffe constatée peut donc très bien être attribuée à cette dégénérescence selon le docteur K\_\_\_\_\_. Mais elle peut également l'être à l'accident.

Le témoin a précisé que les signes cliniques qui peuvent faire soupçonner une rupture de la coiffe des rotateur sont : les douleurs nocturnes, les douleurs lors de l'élévation du membre supérieur, les douleurs en charge et la perte de force.

Le médecin a déclaré que le problème, dans le cas d'espèce, est que les examens qui auraient pu écarter le doute n'ont pas été pratiqués à l'époque des faits. En 2001, l'arthroscopie a montré une rupture tendineuse *ancienne*, sans qu'elle puisse être datée exactement.

Quant au diagnostic d'algoneurodystrophie, il est, de l'avis du témoin, difficile à poser sur la base de simples radiographies.

En résumé, le docteur K\_\_\_\_\_ a déclaré que les deux arguments principaux qui le font pencher en faveur de la thèse de l'accident sont d'une part l'âge de l'assuré et d'autre part le fait que les radiographies n'ont montré aucun argument spécifique prédisposant à une telle atteinte dégénérative chez l'assuré. D'un autre côté, il est vrai que l'activité exercée à l'époque par l'assuré n'est pas incompatible avec les diagnostics qui ont alors été posés.

Pour conclure et de manière toute générale, le médecin a ajouté que le fait qu'un assuré d'âge mûr souffre de lésions dégénératives ne doit pas exclure l'éventualité d'un accident, d'autant plus qu'à cet âge, la coiffe est plus fragile qu'à 20 ans et qu'un événement moindre peut suffire à la rompre.

L'assuré a quant à lui admis avoir parfois ressenti des douleurs avant l'accident, mais il a aussi précisé avoir travaillé dans le froid toute la journée. Il avait mis ces douleurs sur le compte de rhumatismes. Il a déclaré avoir la conviction profonde que sa coiffe s'est rompue lors du choc violent contre la vitre. Ce n'est qu'en 2001 qu'il a fait la relation, car on lui avait demandé s'il avait subi un choc. Dans les jours suivants ce dernier, il était allé travailler malgré les douleurs, car c'était la période des fêtes, et il avait pris des analgésiques.

36. Le 13 septembre 2007, l'intimé a fait savoir que les propos tenus en audience par le docteur K\_\_\_\_\_ n'étaient pas de nature à mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise sur lequel il s'était fondé.
37. Cette écriture a été transmise au recourant, sur quoi la cause a été gardée à juger.

---

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment) selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Est litigieux en l'espèce, le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents (frais de traitement et indemnité journalière particulièrement) ensuite des événements ayant eu lieu dans le courant de l'année 1987.

Dans la mesure toutefois où l'assureur, qui a nié le droit à toute prestation, a expressément renoncé à requérir le remboursement des prestations versées à tort selon lui (soit celles accordées antérieurement à novembre 2001), le Tribunal de céans se limitera à examiner la question du droit aux prestations à compter de la « rechute » (novembre 2001) annoncée en décembre 2001.

5. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant d'un accident.

Quant à l'art. 16 al. 1 LAA, il dispose que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

En conséquence et préalablement à toute autre question, devrait être tranchée celle de l'existence d'un événement accidentel à l'origine des troubles de santé dont se

---

plaint le recourant. Toutefois, eu égard au fait, d'une part, que le choc subi par l'intéressé en 1987 est considéré par l'intimé comme un accident (la notion même n'étant donc pas contestée) et que, d'autre part, le droit aux prestations doit être nié pour des motifs relatifs au lien de causalité entre accident et atteinte à la santé (cf. ci-dessous), ladite question peut demeurer ouverte.

6. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

Par ailleurs, 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. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire que le diagnostic posé par l'expert soit émaillé de références à la doctrine médicale. On attend bien plutôt de l'expert un diagnostic précis et formulé selon les règles de la science médicale. S'il ne s'agit que d'une suspicion ou d'un diagnostic possible, l'expert doit le signaler explicitement (ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 435/05, consid., 2; voir à ce sujet : MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale in : L'expertise médicale, édition Médecine et Hygiène, 2002, p. 21). 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 352 ss consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Enfin, 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).

En ce qui concerne la preuve, 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 ss. 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).

La présomption d'un rapport de causalité ne suffit pas pour déterminer l'obligation de prestations de l'assureur. Il doit être prouvé sur le plan de la médecine des assurances que l'assuré souffre bien des conséquences d'un accident ou d'une maladie professionnelle. D'une manière générale la preuve doit ressortir du dossier selon le degré de la vraisemblance prépondérante, ce qui revient à dire que les indices positifs doivent nettement l'emporter dans le bilan des indices. Il y a

vraisemblance lorsque, en accord avec les enseignements de la science médicale, plus d'arguments parlent pour que contre un lien de causalité. On peut parler de vraisemblance prépondérante lorsque les arguments en faveur de la causalité ont tellement de poids que les arguments contraires restent à l'arrière plan. La simple possibilité (degré de preuve inférieur à 50 %) ne suffit pas pour la prise en charge. C'est la raison pour laquelle est fréquemment posée aux experts médicaux la question de savoir si le rapport de causalité doit être taxé de certain [100%], hautement vraisemblable [plus de 50%] ou possible [moins de 50%] (MEINE/BURRI, Guide LAA pour médecins-consultants, experts et spécialistes d'assurance, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2000, p. 22 s.).

b) Dans le cas d'espèce, l'intimé a donné mandat au docteur J\_\_\_\_\_ de procéder à une expertise sur la personne du recourant. La Juridiction de céans constate que le rapport y relatif, rendu par un spécialiste reconnu en date du 16 septembre 2003, a été établi sur la base de l'intégralité du dossier de l'intéressé et en particulier des documents radiologiques, ainsi que d'une anamnèse détaillée. Les constatations cliniques et les plaintes du recourant sont documentées, les conclusions auxquelles le médecin arrive sont claires et motivées (en particulier les raisons pour lesquelles l'expert s'est prononcé en défaveur d'un lien de causalité naturelle entre le choc à l'épaule et les atteintes à la santé), de sorte qu'il convient de s'y référer.

Les autres documents au dossier ne permettent pas de s'écarter de l'avis motivé de l'expert. En effet, la doctoresse H\_\_\_\_\_ - au demeurant médecin généraliste - qui s'est tout d'abord rapportée à l'avis émis par son confrère I\_\_\_\_\_ aux termes duquel le recourant souffrait d'une rupture dégénérative avec un tendon très mince, a changé d'opinion ensuite de la production du rapport d'expertise. Or, ce revirement n'est fondé que sur les seules données statistiques médicales (non produites) selon lesquelles des lésions telles que celles du recourant seraient, à son âge, bien plus fréquemment la conséquence d'un accident que de troubles dégénératifs.

A l'instar de la doctoresse H\_\_\_\_\_, le docteur I\_\_\_\_\_ semble également avoir modifié son appréciation des faits dans un certificat du 1<sup>er</sup> mars 2005 ; il relate effectivement que la relation de cause à effet entre l'accident survenu en 1987 et la rupture constatée sur l'arthro-scanner en 2001 est tout à fait possible, voire probable en raison des douleurs évoluant sur un mode chronique depuis la période de l'accident. Cela étant, il décrit également que la chronologie des différents symptômes depuis 1986 (soit antérieurement à l'événement accidentel) et les signes radiographiques constatés plaident en faveur d'une tendinopathie dégénérative particulièrement précoce, qui se serait aggravée par une rupture de l'attache distale du trochiter survenue lors de l'accident. Son avis, quelque peu confus, dans la mesure où il affirme tout d'abord que l'atteinte est dégénérative, puis possiblement, voire probablement accidentelle (au demeurant en retenant des troubles évoluant depuis une date non pas contemporaine de l'événement mais antérieure) et enfin dégénérative, mais aggravée (possiblement vu

l'emploi du conditionnel) par l'accident, ne saurait emporter la conviction. Tout au plus démontre-t-il que l'atteinte est possiblement due à un accident plutôt qu'à une maladie, mais un tel degré de certitude n'est de loin pas suffisant pour reconnaître un lien de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident.

Quant aux conclusions du docteur K\_\_\_\_\_, force est de constater qu'elles sont fondées sur des prémisses erronées, à savoir un choc « très violent » donc « suffisamment important pour déclencher » le type de pathologie constatée et l'absence de toute symptomatologie avant l'événement incriminé. En effet, le Tribunal de céans ne saurait retenir la violence particulière du choc au vu des circonstances. D'une part, l'événement accidentel n'a pas été décrit comme particulièrement violent dans les premières années qui l'ont suivi. Or, la jurisprudence constante donne la préférence aux premières déclarations, faites alors que l'intéressé en ignorait peut-être les conséquences juridiques, car les explications nouvelles peuvent être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 1221 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c notamment). D'autre part, il apparaît pour le moins douteux qu'un accident, dont les circonstances sont demeurées peu claires jusqu'à ce jour et dont la date même n'est pas déterminée avec précision, se soit révélé violent, car - si tant est que le recourant eut pu se passer de soins médicaux pendant plusieurs semaines à la suite d'une telle atteinte - l'expérience veut que l'intéressé aurait conservé un souvenir bien plus circonstancié de sa survenance. Or, il avoue lui-même ne s'être souvenu dudit événement qu'après que les médecins consultés lui ont demandé s'il avait subi un traumatisme. Enfin, il ressort du dossier - ce que ne conteste d'ailleurs pas le recourant - que des douleurs étaient déjà présentes à tout le moins plusieurs mois avant l'accident de 1987, dont il y a lieu de considérer qu'il est survenu à l'époque de Noël, soit vers la fin de l'année. Nanti de cette information, le docteur K\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions lors de l'audience du 30 août 2007, mais de façon moins catégorique et en modifiant quelque peu son argumentation. Il a en effet déclaré que ces dernières reposaient sur l'âge de l'assuré et l'absence d'argument spécifique sur les radiographies en faveur d'une prédisposition du recourant à une atteinte dégénérative. En résumé, il s'est déclaré en mesure ni d'exclure une cause malade, ni de démontrer que l'accident avait provoqué la lésion et a fait valoir l'expérience (statistique) selon laquelle il était plus fréquent, à l'âge de l'assuré, de constater des lésions suite à un traumatisme que malades. Toutefois, l'activité précédemment exercée par l'intéressé était tout à fait compatible avec des atteintes dégénératives, de même que les douleurs relatives.

Dans ces circonstances, on ne saurait dire que les arguments parlant en faveur d'un lien de causalité naturelle seraient plus nombreux et auraient plus de poids que ceux parlant en faveur d'une atteinte dégénérative et donc malade, bien au contraire. Seule la possibilité, fondée sur des considérations générales (âge et statistiques), d'une origine accidentelle a été évoquée, alors que les éléments parlant pour une maladie (dégénérescence de l'articulation scapulo-humérale) ont été clairement exposés par le docteur J\_\_\_\_\_.

7. Il suite de ce qui précède que la décision de l'intimé doit être confirmée et le recours rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le