

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3279/2008

ATAS/1179/2009

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 25 septembre 2009**

**Chambre 8**

En la cause

Monsieur B\_\_\_\_\_, domicilié à Carouge, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître NANCHEN Henri

Recourant

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, avenue du Bouchet  
2, case postale 40, 1211 GENEVE 28

Intimé

---

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant**

---

### EN FAIT

1. B\_\_\_\_\_ (1947) est employé de la ville de Carouge, en tant que concierge à plein temps. A ce titre, il est assuré contre les accidents auprès de ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après : ALLIANZ).
2. A la fin du mois de décembre 2005, l'assuré a consulté le Dr L\_\_\_\_\_, rhumatologue, pour des scapulagies à prédominance droite apparues progressivement les mois précédents. Dans un courrier du 11 janvier 2006 (adressé au Dr M\_\_\_\_\_, généraliste traitant), ce praticien, qui a suivi le patient du 22 décembre 2005 au 9 janvier 2006, a posé en particulier les status suivants : percussion rachidienne indolore ; rachis cervical libre ; articulations gléno-humérales non limitées ; douleur élective à la pression et mise en tension du sus-épineux droit ; une hypotrophie du trapèze droit et, dans une moindre mesure, des masses musculaires du bras droit. Par ailleurs, compte tenu d'une clinique évoquant une périarthrite scapulo-humérale droite touchant le sus-épineux, le Dr L\_\_\_\_\_ a pratiqué une infiltration locale de Xylocaïne et Diprophos, laquelle avait fait disparaître les douleurs durant une quinzaine de jours. Une gêne très modérée était apparue ensuite. Quelques séances de physiothérapie (avec renforcement musculaire) avaient été prescrites. Selon l'évolution, un bilan plus extensif devait être prévu (VS, EMG).
3. Selon ses déclarations, le 7 février 2006, à 8h30, l'assuré a glissé et chuté dans les escaliers sur son lieu de travail, en tenant un carton de vaisselle dans ses deux mains. Il n'avait pas eu le temps de se protéger avec les mains et avait heurté le sol avec la face antérieure de son épaule droite. Il avait alors ressenti une douleur à la face antérieure de son épaule. Il avait néanmoins été immédiatement rassuré, puisque l'épaule « *bougeait bien* ». Ensuite, il s'était rendu dans une salle où il n'avait « *pas fait grand-chose* ». Une heure plus tard environ, l'épaule droite avait commencé « *à coincer* », la mobilisation devenant « *un peu dure* ». Il avait ainsi épargné son épaule durant le reste de la journée. Il était ensuite rentré à son domicile, mais n'avait pas eu besoin de prendre un antalgique, estimant que ses douleurs étant encore supportables. Durant la nuit, il avait été réveillé par des douleurs importantes de son épaule, ce qui l'avait conduit à consulter aux urgences des H.U.G., vers 2h. du matin. Le médecin de garde n'avait pas jugé utile de faire un bilan radiologique et lui avait prescrit un Brufen et mis le bras en écharpe. Le lendemain, il était allé consulter le Dr M\_\_\_\_\_, médecin de famille, qui l'avait ensuite adressé au Dr L\_\_\_\_\_, lequel avait infiltré l'épaule. Le même jour (8 février), il avait consulté le Dr N\_\_\_\_\_ (cf. déclarations consignés par le Dr O\_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du 29 février 2008, p. 3).

- 
4. Dans un rapport destiné à ALLIANZ du 17 février 2006, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué que son patient souffrait de douleurs à l'épaule droite post-traumatiques. Ce praticien a objectivé un déficit en adduction/élévation de l'épaule droite, limitées à 100°. Il manquait également 20° en rotation externe. La rotation interne était limitée à L3. Le patient avait été mis (rétroactivement) en arrêt de travail dès le 8 février 2006.
  5. Une radiographie et échographie de l'épaule droite, effectuée le 13 février 2006, a mis en évidence un discret pincement de l'espace sous acromial associé à un léger remodelage du trochiter pouvant rentrer dans le cadre d'un conflit sous-acromial et un discret signe de tendinopathie calcifiante au niveau du tendon sous scapulaire. Il n'y avait pas d'anomalie objectivable au niveau des tendons sus et sous-épineux, ni signe de bursite sous acromio-deltoïdienne (cf. rapport du Dr P\_\_\_\_\_, du 14 février 2006).
  6. Selon les conclusions d'une artro-IRM de l'épaule droite du 13 avril 2006, il existait une perforation transfixiante (mais sans rupture complète) dans la portion antérieure du tendon du muscle sus-épineux, proche de son insertion humérale ; un effilochage avec clivage horizontaux dans les tendons des muscles sus-épineux (très mince) et sous-scapulaire, mais dont la continuité restait démontrée ; une atrophie débutante, mais sans évolution graisseuse du corps charnu du muscle sus-épineux ; une arthrose acromio-claviculaire droite. La coiffe des rotateurs était très mince (cf. rapport du Dr Q\_\_\_\_\_, du 18 avril 2006).
  7. Dans deux rapports médicaux intermédiaires des 24 avril et 14 mai 2006, destinés à ALLIANZ, le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une déchirure traumatique du tendon sus-épineux épaule droite. Le patient était toujours sous physiothérapie. En cas de persistance des douleurs, une suture de la coiffe des rotateurs était envisagée.
  8. Finalement, ce praticien a opéré l'assuré le 10 juillet 2006 pour une suture de la coiffe des rotateurs (tendo du sus-épineux) de l'épaule droite et une acromioplastie. Le compte-rendu opératoire indique en particulier la présence d'une bourse sous-deltoïdienne légèrement enflammée avec un peu de liquide, ainsi qu'une déchirure longitudinale du sus-épineux sur environ 2 cm. Le tendon du biceps était intact. La coiffe des rotateurs était très mince, surtout dans sa partie postérieure (sus-épineux).
  9. Dans un certificat du 23 août 2006, le Dr R\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH (qui a procédé à l'ablation des fils après l'intervention), a attesté que la rupture de la coiffe des rotateurs opérée était uniquement due à l'accident.
  10. L'assureur-accident a confié un mandat d'expertise au Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 15 décembre 2006, celui-ci a posé les diagnostics suivants : arthrose acromio-claviculaire droit ; conflit sous-
-

---

acromial chronique avec lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-scapulaire) ; status après contusion antérieure de l'épaule droite le 7 février 2006 ; status après acromioplastie et débridement d'une lésion longitudinale du sus-épineux le 10 juillet 2006.

11. Cet expert a retenu que le 7 février 2006, le patient avait consulté à l'Hôpital cantonal de Genève, où le diagnostic de contusion de l'épaule droite avait été posé. Le lendemain, il avait consulté le Dr L\_\_\_\_\_, qui avait constaté la présence de douleurs à l'épaule droite et effectué une infiltration cortisonnée, avec une amélioration très partielle. Malgré ses douleurs, l'assuré avait continué à travailler.

Le Dr S\_\_\_\_\_ a en outre estimé que le lien de causalité naturelle entre les états somatiques de l'épaule droite et « l'accident » du 7 février 2006 n'était « *que possible, et non probable* », pour les motifs suivants : l'âge du patient où les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes et les lésions purement traumatiques rares ; l'action vulnérable (choc antérieur sur l'épaule avec coude au corps) n'était pas appropriée pour entraîner une contrainte d'un tendon (et de surcroît de deux tendons antagonistes) de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de suture ; il n'y avait pas eu d'impotence fonctionnelle immédiate, ni d'arrêt de travail dans un premier temps, mais une péjoration progressive des douleurs et de la fonction de l'épaule droite, surtout dans le courant du mois de mars 2006 ; les premières radiographies faites quelques jours après l'accident montraient des lésions manifestement dégénératives, notamment un remaniement scléro-géodique du trochiter, un pincement sous-acromial et une ascension de la tête humérale, ce qui parlait fortement pour une lésion ancienne de la coiffe des rotateurs ; l'aspect de la coiffe des rotateurs à l'IRM et lors de l'intervention chirurgicale n'était pas celui d'une rupture traumatique d'un tendon, mais manifestement celui d'une lésion ancienne avec amincissement et déamination tendineuse, notamment du sus-épineux où une fissure longitudinale et non pas transverse s'était formée. Cela évoquait fortement l'aboutissement d'un processus dégénératif évoluant sur plusieurs années. Il était difficilement concevable qu'une fissure longitudinale d'un tendon de la coiffe des rotateurs puisse résulter d'une contusion antérieure de l'épaule. Le seul élément parlant pour un certain rôle de l'évènement accidentel était la notion anamnétique d'absence de plainte au niveau de l'épaule droite avant cet évènement. Néanmoins, dans le cas particulier, les arguments contraires précités l'emportaient. Il était d'ailleurs bien connu que les premiers symptômes d'une lésion purement dégénérative pouvaient être révélés à l'occasion d'un évènement ordinaire ou extraordinaire de la vie plutôt qu'au repos. En conclusion, l'évènement du 7 février 2006 avait probablement provoqué une simple contusion antérieure de l'épaule droite, mais les autres lésions, notamment de la coiffe des rotateurs, avaient plutôt été révélées et non pas causées par cet accident.

---

Cette contusion avait entraîné une aggravation passagère de l'état anatomique du patient. Le statu quo sine de l'accident avait dû être retrouvé après un mois environ, étant donné qu'il n'y avait pas eu de complication, telle une capsulite rétractile. C'est d'ailleurs dans le courant du mois de mars 2006 que la situation s'était aggravée, notamment en raison des troubles dégénératifs présents, à savoir un conflit sous-acromial.

12. Dans un rapport du 25 janvier 2007 destiné à ASSISTA TCS SA (ci-après : ASSISTA), assurance de protection juridique représentant l'assuré, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que le status clinique du patient évoquait, - au vu de la limitation des rotations (externe 20°, interne au bassin), de l'élévation (à 130°) et de l'abduction (à 90°) -, une probable capsulite rétractile post-opératoire, compliquant l'évolution. Le patient n'avait pas présenté une simple contusion de l'épaule, laquelle « *guérit généralement* », mais une déchirure de la coiffe des rotateurs, qui était selon lui une conséquence directe et certaine d'un traumatisme adéquat. On avait affaire à l'évolution d'une telle lésion, qui pouvait mettre plus d'une année pour évoluer favorablement. Le patient se trouvait toujours en incapacité de travail complète.
13. Dans un projet de décision adressé à ASSISTA le 21 février 2007, ALLIANZ, s'appuyant sur l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2006, a estimé que tout traitement et incapacité de travail postérieurs au 7 mars 2006, date à laquelle le statu quo sine devait être fixé, étaient dus à l'état maladif préexistant, et non pas à l'évènement du 7 février 2006, même si celui-ci réalisait la notion d'accident. Selon l'assurance, les différents éléments médicaux retenus par l'expert démontraient que la lésion tendineuse, « *ayant entraîné les interventions effectuées, à savoir une arthro-IRM le 13 avril 2006 et une suture de la coiffe des rotateurs le 10 juillet 2006* », n'avait pas pu être causée par cet évènement, mais uniquement révélée par une symptomatologie qui avait augmenté progressivement dans les mois qui avaient suivi l'accident, selon le cours normal d'une affection dégénérative qui devenait symptomatologique à un moment donné. Les examens radiologiques n'avaient montré aucun élément objectif évocateur d'une aggravation durable de l'état anatomique préexistant. La contusion n'avait créé qu'une symptomatologie transitoire.
14. Dans sa réponse du 26 février 2007, ASSISTA a relevé que le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ n'était pas concluant. En particulier, ses conclusions excluant une capsulite rétractile chez le patient étaient tirées d'un diagnostic erroné, dès lors que, selon le Dr N\_\_\_\_\_, le statut évoquait une probable capsulite postopératoire. En outre, cet expert ne s'était pas prononcé sur l'impact de l'accident sur l'état dégénératif préexistant. Si la rupture de la coiffe des rotateurs était survenue spontanément postérieurement à l'accident, il n'était pas sérieux de retenir qu'un

---

choc traumatique n'aurait eu aucune incidence sur un état préexistant à ce point affaibli que ne puisse se présenter une rupture spontanée. La notion d'« aggravation » passagère évoquée n'était pas définie, pas plus que celle de « révélation » ; ce dernier terme semblait avoir été utilisé comme synonyme d'« aggravation », si bien que l'accident aurait, à en croire le Dr S\_\_\_\_\_, révélé l'existence d'une rupture préexistante de la coiffe des rotateurs, ce qui serait médicalement aberrant, en l'absence de plaintes ou de douleurs préalables.

15. Dans un complément d'expertise du 19 mars 2007, effectué à la demande d'ALLIANZ, le Dr S\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions. Il a indiqué que le Dr N\_\_\_\_\_ s'était bien gardé d'être affirmatif sur l'existence d'une capsulite rétractile et de la faire remonter au traumatisme lui-même. Selon ses propres dires, le patient n'avait pas constaté de limitation fonctionnelle de son épaule dans les suites immédiates de l'accident. La limitation fonctionnelle qui s'était développée secondairement devait être mise sur le compte des douleurs et surtout de l'état pathologique manifestement préexistant de cette épaule. De toute façon, il s'agissait-là d'un élément parmi plusieurs autres. Il était très peu probable que cet accident ait pu aggraver même transitoirement les structures anatomiques de l'épaule, de sorte que le diagnostic de contusion bénigne restait le plus probable.
16. A la demande du Dr N\_\_\_\_\_, le Dr P\_\_\_\_\_, radiologue, a pratiqué une échographie et des radiographies de l'épaule droite de l'assuré, le 14 mars 2007. Dans un rapport du 19 mars 2007, ce praticien a mis en évidence les éléments suivants : remaniement dégénératif gléno-huméral débutant. Présence d'une lame liquidienne le long de la haine du tendon du long chef du muscle biceps, traduisant un discret épanchement intra-articulaire. Remaniement du trochiter et aspect légèrement tronqué de l'acromion à corréliser aux antécédents. Présence de plusieurs calcifications atteignant 10 mm de diamètre en surprojection de la coiffe des rotateurs, leurs localisations paraissant plutôt superficielles par rapport à la coiffe. Absence d'argument en faveur d'une déchirure des tendons sous scapulaires et sous épineux. Aspect grêle du tendon sus épineux, sans rétractation tendineuse toutefois. Le tendon sus épineux était très difficilement appréciable toutefois en raison de la présence des calcifications sus-décrites.
17. Dans un rapport destiné à l'assurance-invalidité, du 21 mars 2007, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une périarthrite scapulo-humérale. L'infiltration pratiquée dans les premiers temps avait permis la disparition des douleurs, avant une récurrence du côté droit. A fin 2005/début 2006, il n'y avait pas d'atteinte à la santé, sur le plan rhumatologique, justifiant une interruption d'activité.
18. Par décision du 26 avril 2007, ALLIANZ a maintenu sa position du 21 février 2007, tout en informant l'assuré qu'elle allait demander le remboursement des

---

prestations réglées au-delà du 7 mars 2006 aux assurances concernées. Selon elle, à cette date, seule l'affection antérieure à l'accident du 7 février 2006 se manifestait, alors que les suites dudit accident, après retour au statu quo sine, ne jouaient plus aucun rôle.

19. Par acte du 22 mai 2007, ASSISTA a formé opposition contre cette décision, concluant principalement à la constatation que l'assuré était toujours affecté des conséquences de l'accident du 7 février 2006, respectivement à la prise en charge des frais médicaux et de l'incapacité de travail en résultant. Subsidiairement, ASSISTA a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.
20. Après avoir consulté le dossier de l'assurance-invalidité, ALLIANZ a pris connaissance du certificat du Dr L\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2006, selon lequel l'assuré souffrait, fin 2005, de périarthrite scapulo-humérale traitée par une infiltration cortisonée (cf. supra, § 2).
21. Par courrier du 29 août 2007, ALLIANZ a indiqué à ASSISTA que cet élément contredisait les affirmations de l'assuré à l'expert (Dr S\_\_\_\_\_), selon lesquelles il n'avait jamais présenté la moindre gêne au niveau des deux épaules avant l'accident. De plus, l'arthro-IRM du 13 avril 2006 montrait une perforation transfixiante (mais sans rupture complète) dans la portion antérieure du tendon du muscle sus-épineux. Dans ces conditions, l'assureur-accident a demandé à ASSISTA si elle maintenait son opposition.
22. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007, l'assuré a repris le travail à 50%, en évitant tout mouvement en hauteur et le port de poids.
23. Dans sa réponse du 15 janvier 2008, ASSISTA a maintenu son opposition. Elle a indiqué que si l'assuré n'avait pas mentionné d'empêchement résultant de son épaule droite accidentée le 7 février 2006, c'était parce que le Dr L\_\_\_\_\_ n'avait pas relevé de restrictions sur le plan rhumatologique. Quoiqu'il en soit, le rapport de ce praticien n'avait pas constaté, peu avant l'accident, une rupture préexistante de la coiffe des rotateurs, contrairement à ce que semblait prétendre l'expert S\_\_\_\_\_. En outre, ce dernier n'avait pas indiqué pour quel motif un choc traumatique n'aurait eu aucune incidence sur un état préexistant affaibli.
24. Le 31 janvier 2008, ALLIANZ a mis en œuvre une seconde expertise, qu'il a confiée au Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
25. Dans son rapport du 29 février 2008, cet expert a posé les diagnostics suivants : status 2 ans après contusion antérieure bénigne de l'épaule droite ; status 19 mois après acromioplastie et débridement/suture d'une lésion de la coiffe des rotateurs (sus-épineux) de l'épaule droite ; conflit sous-acromial chronique de l'épaule

---

droite, dans le cadre d'une tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs, compliquée d'une composante calcifiante macroscopique en post-opératoire ; probable tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ; arthropathie dégénérative acromio-claviculaire droite.

Dans son appréciation du cas, l'expert a préalablement résumé l'histoire naturelle de la tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs, selon laquelle en particulier, chez les personnes âgées, des ruptures apparaissaient très lentement et progressivement et pouvaient parfois être révélées par des traumatismes. Selon lui, il n'existait pas de causalité naturelle entre l'évènement du 7 février 2006 et les lésions constatées au niveau de l'épaule droite (ie : tendinopathie de la coiffe des rotateurs). En effet, le traumatisme subi par le patient (qui était en train de monter les escaliers et non de les descendre comme évoqué jusque-là) n'était pas réputé adéquat pour générer une lésion *significative* d'un tendon de la coiffe des rotateurs, au-delà de son point de suture ; la lésion en cause intéressait non seulement le tendon du muscle sus-épineux, mais aussi ceux des muscles sous-épineux et scapulaire, la dégénérescence de ces derniers relevant de l'histoire naturelle de la tendinopathie ; les images radiologiques confortaient l'élément précédent, montrant des signes classiques d'une pathologie chronique (sclérose du trochiter, aspérités sous-acromiales) touchant les deux épaules ; l'âge du patient, par ailleurs droitier, le plaçait d'emblée dans une classe susceptible de développer des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs, de manière préférentielle sur le côté dominant ; les constatations per-opératoires correspondaient à celles habituellement observées lors de chirurgies sur des coiffes dégénératives (tissus minces et affaiblis, fentes tendineuses longitudinales, bourse sous-acromiale inflammatoire). En outre, l'épaule n'était pas indemne avant l'accident, puisqu'elle avait déjà fait l'objet d'un traitement de physiothérapie et d'une infiltration fin 2005, dans le cadre de cette tendinopathie touchant le sus-épineux. L'atrophie musculaire du bras droit), déjà présente à ce moment-là, était, à elle seule, révélatrice d'un handicap chronique au niveau de cette épaule. Plus encore, cette épaule n'était pas asymptomatique lors de la chute survenue le 7 février 2006.

Cet expert a ainsi écarté tout lien de causalité naturelle entre l'évènement incriminé et les troubles constatés, ayant conduit à l'intervention du 10 juillet 2006. Cet évènement avait été uniquement à l'origine d'une contusion bénigne de l'épaule droite, révélant par la même occasion un état pathologique sous-jacent, relativement avancé, symptomatique au moment de l'accident. Cet état pathologique rentrait dans le cadre d'une usure chronique. Suite à l'évènement du 7 février 2006, aucune aggravation substantielle, dans le sens d'une lésion anatomique macroscopique significative, n'avait pu être objectivée. Une hypothétique aggravation, transitoire, pouvait être admise sur le plan des douleurs, présentent avant l'évènement, via la contusion de l'épaule. Une certaine extension de la symptomatologie dans le temps

---

– jusqu’à 6 semaines - pouvait être admise, lors de troubles dégénératifs sous-jacents, à l’origine, comme en l’espèce, d’une fragilité tissulaire excessive et partant, d’un potentiel de rétablissement plus lent. Par ailleurs, les symptômes apparus immédiatement après l’accident n’étaient pas typiques d’une déchirure de la coiffe des rotateurs. En effet, le patient avait alors eu des douleurs sans impotence fonctionnelle significative, lesquelles étaient normalement déclenchées par une simple contusion. Une fracture, de surcroît déplacée, de même qu’une continuité tendineuse abrupte, engendrait, dans les minutes suivantes, une impotence fonctionnelle marquée et aiguë, pouvant aller jusqu’à la pseudo-paralysie de l’épaule. L’atteinte à la santé avait provoqué une incapacité de travail dans l’activité de concierge à plein temps au plus tard jusqu’à l’atteinte du statu quo ante/respectivement sine, c’est-à-dire au maximum 6 semaines après l’évènement en cause. Au-delà, aucun traitement médical n’était justifié. En l’absence d’une lésion anatomique macroscopique, clairement imputable à l’évènement, et responsable d’une incapacité de travail significative et durable, aucune invalidité n’était reconnue ni aucune indemnisation due. Par ailleurs, le statu quo ante ne serait jamais retrouvé, puisque l’épaule droite de l’expertisé n’était pas asymptomatique au moment de l’accident. Quant au statu quo sine, tout du moins sur le plan fonctionnel, il paraissait désormais quasiment atteint.

Le rapport mentionne enfin qu’à la fin de l’examen, l’expertisé avait déclaré que lorsqu’il avait eu sa fracture au poignet droit, en été 2005, il s’était plaint de quelques douleurs à l’épaule droite. Toutefois, ces dernières auraient été scotomisées par la problématique de son poignet. Ces douleurs s’étant pérennisées par la suite, il avait effectivement consulté le Dr L\_\_\_\_\_ en décembre 2005.

26. Dans un courrier du 3 avril 2008, le Dr T\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FHM, auquel ASSISTA a transmis, pour avis, le dossier médical de l’assuré, a estimé que l’appréciation de contusion *bénigne* retenue par le Dr O\_\_\_\_\_ était arbitraire, s’agissant d’une chute dans les escaliers. En outre, prétendre que l’action vulnérante n’était pas adéquate pour générer une lésion significative d’un tendon de la coiffe des rotateurs lors d’une chute dans les escaliers avec un carton de vaisselle dans les bras était également arbitraire. L’historique de l’évolution de la coiffe des rotateurs n’avait pas lieu d’être puisque pour d’autres experts le vieillissement qui entraînait cette évolution n’était pas à considérer comme une maladie, mais comme une évolution naturelle des choses au cours du temps, qui impliquait qu’un assureur LAA qui accepte de couvrir des assurés d’un âge avançant devait assurer les risques inhérents à cet âge. Selon ce médecin, l’assuré présentait avant son accident une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, puisqu’il avait consulté pour cette affection. L’accident était donc un facteur qui avait amené une décompensation d’un état antérieur. Toute la question résidait dans le fait de savoir à quel délai de l’accident, on devait estimer que l’on avait retrouvé le statu quo ante. Il était difficile de

---

répondre à cette question en l'espèce, dès lors que l'on se trouvait dans une situation moyenne, soit devant un accident qui n'était ni bénin, ni à haute énergie. En conclusion, il serait difficile de contester formellement la position d'ALLIANZ.

27. Le 21 avril 2008, ASSISTA a confirmé son opposition. S'appuyant sur l'avis précité du Dr T\_\_\_\_\_, elle a principalement contesté la valeur probante du rapport du Dr O\_\_\_\_\_ du 29 février 2008.
28. Par décision sur opposition du 7 août 2008, reçue le lendemain, ALLIANZ a partiellement admis l'opposition formée par ASSISTA. L'assureur-accident a en particulier admis que l'évènement en question revêtait le caractère d'un accident. Toutefois, la symptomatologie apparue n'était pas typique d'une déchirure du tendon, respectivement d'une rupture de la coiffe des rotateurs, puisque l'assuré n'avait alors pas souffert de limitation significative de l'articulation. Il avait d'ailleurs continué à travailler. Non seulement la causalité naturelle n'était pas donnée avec un degré de vraisemblance suffisant entre l'accident du 7 février 2006 et la rupture de la coiffe des rotateurs traitée chirurgicalement le 10 juillet 2006, mais encore il apparaissait établi que ladite rupture était exclusivement d'origine dégénérative au sens de l'art. 9 al. 2 LAA. En effet, l'assuré souffrait déjà avant l'accident de douleurs scapulaires et une atrophie musculaire du bras, ainsi qu'une limitation des mouvements de celui-ci avait déjà été constatée avant le 9 janvier 2006 (ie : date du courrier du Dr L\_\_\_\_\_, supra, § 2). Prenant les conclusions plus favorables du Dr O\_\_\_\_\_, ALLIANZ a fixé le statu quo sine à 6 semaines post-accident, soit au 21 mars 2006. Enfin, l'assureur a nié toute responsabilité dès le 22 mars 2006. Le remboursement des frais de traitement pris en charge par erreur au-delà de cette date, ainsi que les indemnités journalières correspondantes, seraient réclamés aux assurances concernées (respectivement à la caisse-maladie INTRAS et à l'assurance collective pour perte de gain en cas de maladie ZURICH ASSURANCE).
29. Dans son recours interjeté le 15 septembre 2008, par l'intermédiaire de son nouveau mandataire, Me Henri NANCHEN, l'assuré a principalement conclu, à l'annulation de la décision attaquée, respectivement à la condamnation d'ALLIANZ aux prestations d'assurance accident au-delà du 21 mars 2006. En substance, le recourant a dénié toute valeur probante aux rapports d'expertise des docteurs S\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. Selon lui, il serait difficile de comprendre pourquoi il serait plus probable que quelqu'un souffre d'une contusion bénigne de l'épaule après une chute dans un escalier plutôt que d'une déchirure de la coiffe des rotateurs. Contrairement au Dr S\_\_\_\_\_, le Dr N\_\_\_\_\_ avait pu observer des limitations fonctionnelles après l'accident. Le fait que les tendons de la coiffe des rotateurs dégénèrent avec l'âge n'empêchait pas qu'ils puissent également se déchirer, totalement ou partiellement (comme ici), lors d'un évènement

---

traumatisant. De plus, la consultation du Dr L\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2005 n'avait pas établi l'existence d'une déchirure de la coiffe des rotateurs antérieurement à l'accident, en l'absence de toute perte de mobilité et vu l'amélioration immédiate provoquée par le traitement prodigué. Cet élément constituait un indice supplémentaire au fait que c'était bien l'accident litigieux qui avait provoqué la déchirure en cause, et, par conséquent, l'opération du Dr N\_\_\_\_\_. L'inflammation découverte ultérieurement, voire une périarthrite scapulo-humérale évoquée dans le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2006, étaient bien plus probablement à l'origine des douleurs. En revanche, pour le Dr N\_\_\_\_\_, la déchirure était bien intervenue au moment de l'accident.

Le recourant s'est par ailleurs prévalu d'un arrêt du Tribunal fédéral du 23 mai 2006 (U 171/05), selon lequel, pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre un accident et une rupture de la coiffe des rotateurs, il suffisait que l'évènement soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'excluait pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci était causée ou aggravée par un évènement accidentel.

30. Dans sa réponse du 3 décembre 2008, ALLIANZ a conclu au rejet du recours. L'assureur a tout d'abord rappelé que l'assuré avait affirmé au premier expert n'avoir jamais présenté la moindre gêne au niveau de ses deux épaules avant l'accident du 7 février 2006, alors qu'il se plaignait de douleurs depuis plusieurs mois déjà, comme cela résultait du courrier du Dr L\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2006, courrier que l'assuré n'avait par ailleurs pas produit spontanément. Ce dernier s'était en outre contredit concernant la présence de limitation fonctionnelle lors de sa chute. Les symptômes apparus immédiatement après la chute n'étaient pas typiques d'une déchirure de la coiffe des rotateurs et l'épaule était déjà douloureuse avant l'accident. Ce n'était qu'ultérieurement que son état de santé s'était aggravé et que l'assuré avait commencé à se plaindre d'une limitation de la mobilité constatée par le Dr N\_\_\_\_\_. Par ailleurs, ce praticien, après avoir pris connaissance de la radiographie et de l'échographie du 13 février 2006, n'avait pas attesté une déchirure du tendon dans son rapport du 17 février 2006. Ce diagnostic n'avait été posé qu'à la suite de l'arthro-IRM de l'épaule droite du 13 avril 2006, soit plus de deux mois après l'accident. S'agissant de « *la déchirure longitudinale du sous-épineux sur environ 2 cm* » constatée par le chirurgien traitant, ce type de lésion correspondait, selon le Dr S\_\_\_\_\_, à une lésion ancienne et à une délamination tendineuse, notamment du sous-pineux, où une fissure longitudinale, et non pas transverse, s'était formée et ne pouvait par ailleurs pas résulter d'une contusion antérieure de l'épaule, mais d'une déchirure dégénérative. Les images radiologiques démontraient d'ailleurs une pathologie chronique touchant les deux épaules de l'assuré. Par ailleurs, le recourant avait déclaré aux experts n'avoir

souffert d'aucune limitation fonctionnelle avant l'évènement du 7 février 2006, alors que les pièces obtenues par la suite démontraient le contraire.

Sur le plan juridique, ALLIANZ a admis que l'évènement du 7 février 2006 était un accident au sens de l'art. 4 LPGa. Elle a toutefois nié l'existence d'un facteur déclenchant en l'espèce, car l'épaule était symptomatique (douloureuse) plusieurs mois avant l'accident, contrairement au cas ayant donné lieu à l'arrêt cité par le recourant (U 171/05). De plus, la douleur que ce dernier avait ressentie immédiatement après l'accident n'était pas typique d'une lésion figurant dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA, dans le cas particulier d'une rupture de la coiffe des rotateurs, soit d'un tendon. En particulier, les douleurs n'avaient pas été telles qu'elles entraînaient une impotence fonctionnelle significative dans les suites immédiates. Dans ces conditions, la responsabilité de l'assurance-accident ne pouvait pas être engagée, conformément à la jurisprudence topique, qui requérait la présence de « *typischen Schmerzen* » dues à l'atteinte accidentelle (ATF du 23 septembre 2003, U 221/02, consid. 3.1). S'il pouvait être compréhensible de transférer, de l'assurance-maladie à l'assurance-accidents, les charges inhérentes aux atteintes particulières ayant fait l'objet d'une disposition particulière de l'OLAA lorsque cette atteinte était asymptomatique auparavant, il apparaissait très choquant que ce transfert puisse également trouver application lorsque l'assuré se plaignait, déjà auparavant, de douleurs liées à cet organe. Enfin, si les examens préconisés par le Dr L\_\_\_\_\_ lors du contrôle du 9 janvier 2006 avaient été effectués avant l'accident, ils auraient permis de diagnostiquer une rupture de la coiffe des rotateurs avant l'accident.

31. Par courrier du 13 août 2009, le Tribunal de céans a informé les parties de son intention de confier la réalisation d'une expertise au Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et leur a communiqué les questions qu'il avait l'intention de poser à l'expert. Un délai a été accordé aux parties pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
32. En temps utile, les parties ont fait part de leurs questions complémentaires à poser à l'expert.

## EN DROIT

1. A teneur de l'art. 61 let. c de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, le juge établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

S'il considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, le juge peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire, en particulier en mettant en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 261 consid. 3 ; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, t.1, p. 443 ; RAMA 1993 p. 136).

2. En l'état du dossier, force est de constater que les pièces médicales versées à la procédure ne permettent pas d'établir à satisfaction de droit la date à laquelle le statu quo ante a été atteint en l'occurrence (voir aussi, dans ce sens le courrier du Dr T\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste-conseil d'ASSISTA, du 3 avril 2008, supra, § 25). En particulier les expertises des docteurs S\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ne permettent pas d'établir, de façon manifeste, au sens de la jurisprudence précitée (§ 6), le caractère exclusivement dégénératif des lésions constatées à l'épaule droite, ni au moment de l'accident, ni à la date pour laquelle ALLIANZ a mis fin à ses prestations, soit dès le 22 mars 2006.

D'un autre côté, dans son rapport du 25 janvier 2007, le Dr N\_\_\_\_\_ (dont les certificats sont parfois difficiles à lire) ne se prononce pas clairement sur la date à laquelle le statu quo ante aurait pu, le cas échéant, être atteint en l'occurrence (« *on a affaire à l'évolution d'une lésion de la coiffe des rotateurs, qui peut mettre plus d'une année pour évoluer favorablement* »). En effet, on ignore si cette estimation, au demeurant vague, tient compte, ou non, de la capsulite rétractile post-opératoire ayant « *compliqué l'évolution de la lésion* ». A cela s'ajoute que, selon le Dr T\_\_\_\_\_, il apparaît difficile de déterminer en l'état à quel délai de l'accident le statu quo ante a été retrouvé, dès lors que l'on se trouvait dans une situation moyenne (soit un accident qui n'était ni bénin, ni à haute énergie). De surcroît, les experts et le médecin traitant (ainsi que le Dr V\_\_\_\_\_), ont des avis diamétralement opposés concernant les conséquences de l'accident du 7 février 2006, les premiers estimant « *peu probable* » (complément d'expertise du 19 mars 2007) qu'il ait pu causer ou déclencher sans autre une rupture de la coiffe des

rotateurs, alors que pour les seconds cette lésion était certainement et uniquement due à l'accident.

Dans ces conditions, il s'impose d'ordonner une expertise judiciaire afin de déterminer la date du statu quo ante/sine en l'occurrence.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale ;
- B. La confie au Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique ;
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
  - Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur B\_\_\_\_\_ ;
  - Examiner personnellement l'expertisé ;
  - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'intéressé, en particulier des médecins traitants ;
  - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant ;
  - Établir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
    1. Quels sont vos diagnostics ?
    2. Les atteintes à la santé sont-elles toutes objectivables ?
    3. Dans la négative à la question précédente, estimez-vous que les atteintes à la santé non-objectivables sont, avec un degré de vraisemblance prépondérante, due à une lésion et, si oui, à quel genre de lésion ?
    4. Dans la négative, à quelle cause attribuez-vous ces atteintes ?

- 
5. Les atteintes constatées se seraient-elles également produites de la même manière sans la survenance de l'accident, avec un degré de vraisemblance prépondérante ? Sur quels éléments médicaux vous fondez-vous pour répondre à cette question ?
  6. Des maladies ou des états préexistants maladifs ont-ils joué un rôle et, dans l'affirmative, lesquels ?
  7. Dans l'affirmative, les lésions constatées ont-elle un caractère exclusivement dégénératif au moment de l'accident ? Le cas échéant, jusqu'à quand ? Sur quels éléments médicaux vous fondez-vous pour répondre à ces questions ?
  8. Estimez-vous que l'état de santé de l'expertisé est revenu / reviendra au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine), selon le degré de la vraisemblance prépondérante / avec certitude ? En cas de réponse positive, préciser à quelle date ;
  9. Les symptômes apparus immédiatement après la chute du 7 février 2006 sont-ils des symptômes typiques d'une déchirure de la coiffe des rotateurs ?
  10. Quelles limitations engendrent les atteintes à la santé constatées ?
  11. Quelle est la capacité de travail de l'expertisé dans son activité habituelle de concierge ?
  12. Les suites de l'accident nécessitent-elles encore un traitement médical ?
  13. Le traitement actuellement suivi par l'expertisé vous semble-t-il adéquat ? Dans la négative, quel traitement proposeriez-vous ?
  14. Le traitement suivi ou celui que vous proposez le cas échéant, est-il approprié et apte à améliorer sensiblement l'état de santé de l'assuré et, dans l'affirmative, dans combien de temps ?
  15. En cas de capacité de travail partielle, un traitement médical sera-t-il nécessaire pour le maintien de la capacité de travail résiduelle consécutive à l'accident de l'expertisé ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et durant combien de temps ?
  16. Quel est votre pronostic ?
  17. Comment vous déterminez-vous sur les expertises des Dr S\_\_\_\_\_ (du 15 décembre 2006/26 février 2007) et O\_\_\_\_\_ du 29 février 2008 ?
  18. Quelles autres remarques avez-vous éventuellement à ajouter ?
-

- 
- D. Invite le Dr U\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

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