

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/821/2017

ATAS/1036/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 novembre 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sis Fluhmattstrasse 1, LUZERN

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967 et originaire du Kosovo, est arrivé en Suisse aux environs de 1990. Bien que ne bénéficiant pas d'un titre de séjour, il a travaillé dès le 16 novembre 2006 en qualité de plaquiste à 100 % pour le compte de B_____, agence de placement dans le bâtiment, qui l'a placé en mission de longue durée chez C_____. A ce titre il était obligatoirement assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfall-versicherungsanstalt ; ci-après : SUVA).
2. Le 17 juin 2008, l'assuré a consulté le docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique, en raison de douleurs poly-articulaires essentiellement à l'effort, apparues depuis quelques années mais en augmentation récente, au niveau du poignet droit, du rachis lombaire, du genou droit et de l'épaule droite ; celle-ci présentait une amplitude articulaire complète mais était déclarée douloureuse dans les fins de mouvements analytiques. On notait une légère atrophie du sous-épineux. La palpation trans-deltaïdienne de la coiffe était déclarée sensible. La radiographie était normale hormis une densification et un remaniement léger de l'enthèse trochitérienne, compatible avec un conflit sous acromial avec tendinite du sus-épineux. Des séances de physiothérapie ciblées à ce niveau étaient prescrites et en cas de nécessité, une infiltration pourrait être pratiquée. L'absence de signe clinique de rupture tendineuse dispensait d'une imagerie approfondie.
3. Le 27 novembre 2009, alors qu'il se trouvait sur un chantier dans une villa, il a glissé dans les escaliers en raison de ses chaussures boueuses, puis est tombé lourdement sur le rachis lombaire et l'épaule gauche en heurtant violemment les marches, puis sur l'épaule droite, mais moins lourdement (rapport d'enquête du 15 février 2010).
4. Selon la déclaration de sinistre LAA remplie le 30 novembre 2009 par l'employeur, l'assuré avait subi une luxation des deux côtés du dos. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 30 novembre 2009. La SUVA a pris le cas en charge.
5. Par rapport du 4 janvier 2010 adressé au docteur E_____, FMH généraliste, le Dr D_____ a attesté d'une mobilité des deux épaules totalement normale dans tous les plans, malgré d'importantes douleurs diffuses ; l'assuré présentait des contusions multiples mais sans gravité et une vraisemblable entorse du pouce gauche, dans un contexte où une tendance à l'aggravation ne pouvait être exclue.
6. D'après le rapport d'imagerie du 6 janvier 2010, l'échographie des deux épaules du 5 janvier 2010 a mis en évidence une tendinopathie du supra-spinatus associée à une déchirure partielle et à une délamination horizontale des deux tendons, plus importantes à gauche. Elle a également révélé l'absence d'infiltration graisseuse ou d'hypotrophie des muscles de la coiffe des rotateurs.
7. Par rapport du 18 janvier 2010, le Dr D_____ a diagnostiqué une entorse cervicale bénigne, une rupture des deux tendons supra-spinatus droite et gauche ainsi qu'une entorse métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Les radiographies des deux

épaules étaient entièrement normales et celle de la main gauche mettait en évidence une angulation postérieure du pouce ainsi qu'une calcification para-articulaire. L'accident avait probablement provoqué la décompensation d'une tendinopathie chronique des supra-épineux qui était peu symptomatique. Il était peu probable que la chute dans les escaliers ait pu provoquer une lésion tendineuse bilatérale, on s'attendrait plutôt à une déchirure unilatérale.

8. Dans son rapport initial du 19 janvier 2010, le Dr E_____ a diagnostiqué des lombalgies et omalgies post-traumatiques, ainsi qu'une entorse au pouce gauche. Il a retenu une incapacité de travail à 100 % dès le 27 novembre 2009.
9. Selon le rapport d'imagerie du 22 janvier 2010, l'arthrographie et l'IRM de l'épaule gauche du 21 janvier 2010 ont révélé une déchirure non transfixiante du versant supérieur de l'insertion de la partie moyenne du tendon sus-épineux sur environ dix millimètres de longueur dans le plan sagittal et plus des deux tiers de son épaisseur ainsi qu'une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne associée. En dehors des remaniements associés à la pathologie tendineuse et de petites inclusions synoviales bales, il n'y avait pas de particularité osseuse du trochiter caractérisé par un œdème bordant des petites lacunes. Les mêmes examens pratiqués à l'épaule droite le 24 février 2010 ont mis en évidence un foyer de désinsertion de la partie antérieure du sus-épineux. Il n'y avait pas de particularité osseuse en dehors des remaniements du trochiter au regard de l'insertion du sus-épineux et de quelques lacunes postéro-supérieures de la tête humérale correspondant à des inclusions synoviales.
10. Par rapport du 28 janvier 2010, la doctoresse F_____, FMH chirurgie, a diagnostiqué une contusion vertébrale simple, un syndrome de la coiffe des rotateurs bilatérale avec déchirure du sus-épineux à gauche et une entorse du pouce gauche. L'assuré se plaignait essentiellement de douleurs aux épaules surtout à gauche, à droite la douleur était moins marquée, le pouce était indolore du fait de son immobilisation. L'incapacité de travail était totale. Selon un téléphone avec le Dr D_____, celui-ci avait déjà suivi l'assuré pour des douleurs d'épaule avec infiltrations. La causalité était encore à déterminer vu l'état antérieur. L'avenir dans l'activité habituelle devrait probablement être reconsidéré.
11. A la demande du Dr D_____, l'assuré a été examiné à la consultation spécialisée de l'épaule des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dans leur rapport du 21 mai 2010, les docteurs G_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, et H_____, médecin consultant, ont indiqué qu'au vu des arthro-IRM, ils écartaient le diagnostic de rupture transfixiante du sus-épineux et retenaient celui de tendinopathie dudit muscle associée à une minime bursite. Ils ont préconisé un séjour à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR).
12. L'assuré a séjourné à la CRR du 15 septembre au 5 octobre 2010. Dans leur rapport du 2 décembre 2010, les docteurs I_____, FMH médecine physique et

réhabilitation, et J_____, médecin-assistant, ont diagnostiqué des douleurs persistantes et une exclusion fonctionnelle du pouce gauche, un épisode dépressif moyen et, s'agissant des suites de l'accident du 27 novembre 2009, une déchirure non transfixiante de l'insertion distale du sous-épineux (recte : sus-épineux) de l'épaule gauche, une désinsertion du supra-épineux de l'épaule droite, une bursite sous-acromiale de l'épaule gauche, des contusions vertébrales simples et une entorse du pouce gauche (probablement du ligament collatéral radial du pouce). S'agissant de l'appareil locomoteur, ils ont noté une discordance entre les données radiologiques relativement banales chez un travailleur de force et les données cliniques qui montraient une limitation importante des deux épaules et des douleurs persistantes au niveau du pouce. Le comportement douloureux était probablement à interpréter comme une peur du mouvement et de l'aggravation des lésions. Les croyances dysfonctionnelles semblaient très ancrées. Etaient également présents des facteurs sortant du champ médical (absence de permis de séjour, statut d'intérimaire précaire) ainsi que l'état dépressif qui contribuaient à l'évolution défavorable. Il existait des limitations fonctionnelles dans le travail au-dessus du plan de l'horizontale de façon prolongée, avec des ports de charges. L'incapacité de travail dans la profession de plâtrier-plaquetriste était entière. La reprise de l'activité actuelle serait probablement difficile à réaliser. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, il y avait du point de vue somatique une pleine capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, un traitement antidépresseur et un suivi psychologique avaient été introduits durant le séjour. L'assuré semblait avoir peu de ressources adaptatives pour gérer sa douleur. L'accident avait accentué une symptomatologie dépressive sous-jacente.

Selon le docteur K_____, FMH rhumatologie, dans son consilium de l'appareil locomoteur du 1^{er} octobre 2010, l'arthro-IRM du 21 janvier 2010 révélait effectivement une tendinopathie de l'insertion du supra-épineux avec un aspect évoquant une possible déchirure très partielle. Les arthro-IRM d'épaules montraient à peu près les mêmes lésions des deux côtés en un peu plus évoluées à gauche, à savoir une tendinopathie insertionnelle du supra-épineux avec, il est vrai, une petite déchirure superficielle du tendon à gauche et une bursite sous-acromiale. Il n'y avait en aucun cas une lésion transfixiante.

13. Dans un rapport du 23 février 2011, le docteur L_____, FMH chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'aucune lésion traumatique imputable à l'accident n'expliquait les limitations fonctionnelles constatées lors du séjour à la CRR et que des facteurs extra-médicaux jouaient un rôle prépondérant dans l'évolution défavorable. En outre, la lésion tendineuse très partielle relevée à l'arthro-IRM de l'épaule droite traduisait une atteinte ancienne, préexistante à l'accident, pouvant difficilement être mise en relation de causalité au degré de la probabilité avec les éléments déclarés. Aucune lésion traumatique n'ayant été identifiée par les examens complémentaires, on pouvait raisonnablement affirmer l'absence d'élément objectif somatique pour expliquer les plaintes. Les

conséquences délétères du traumatisme initial devaient être considérées comme éteintes.

14. Par décision du 3 mars 2011, la SUVA a mis fin au paiement de l'indemnité journalière au 31 mars 2011. Elle a précisé que l'évolution du cas l'avait contrainte à revoir la question de sa responsabilité. De l'avis de son service-médical, l'accident du 27 novembre 2009 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles encore présents. Elle considérait que les conséquences délétères de l'accident étaient éteintes au vu de l'absence d'élément objectif somatique pouvant expliquer les plaintes encore présentes.
15. A la suite de l'opposition formée le 4 avril 2011, la SUVA a requis l'avis du docteur M_____, FMH chirurgie orthopédique et médecin au sein de sa division de médecine des accidents. Dans son rapport du 16 juin 2011, ce médecin a remis en cause la pertinence des diagnostics posés dans les rapports d'imagerie des arthro-IRM des épaules. En effet, tout comme les chirurgiens-orthopédistes des HUG, il n'avait pas été en mesure de vérifier les diagnostics de rupture partielle du supra-spinatus de l'épaule gauche et celui d'avulsion partielle du supra-spinatus de l'épaule droite. S'agissant du pouce gauche, au vu de la calcification localisée dans le ligament collatéral radial à hauteur de l'articulation métacarpo-phalangienne révélée par la radiographie du 21 septembre 2010, le Dr M_____ a retenu que l'aggravation imputable à la chute n'avait été que temporaire. Par conséquent, les douleurs résiduelles ne pouvaient être imputées à un status post-entorse. Sur la base de la littérature médicale traitant de l'étiologie plutôt malade ou plutôt traumatique de la coiffe des rotateurs et de la sénescence physiologique dont est victime le tendon du sus-épineux, il a considéré que la chute du 17 novembre 2009 (recte : 27 novembre 2009) avec impact allégué direct sur le moignon postérieur de l'épaule gauche, puis de la droite, n'avait pas été en mesure de générer une lésion du sus-épineux chez l'assuré. Il a rappelé que, dans son premier rapport, le Dr D_____ avait noté une mobilité totalement normale des épaules malgré d'importantes douleurs. Ce n'était que dans l'évolution que la situation s'était dégradée. Or, dans l'hypothèse d'une atteinte traumatique de la coiffe des rotateurs, on aurait dû escompter un scénario opposé, soit une impotence fonctionnelle immédiate suivie d'une récupération progressive des amplitudes. Il a conclu à une aggravation passagère au niveau de la coiffe des rotateurs et a estimé que le statu quo sine avait été atteint très probablement quelques semaines déjà après l'accident du 27 novembre 2009.
16. A la suite du recours formé contre la décision sur opposition du 20 juin 2011, par arrêt du 7 mai 2012 (ATAS/595/2012), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a annulé les décisions de la SUVA des 3 mars et 20 juin 2011 et condamné celle-ci à reprendre le versement de ses prestations à compter du 1^{er} avril 2011. Sur la base des rapports d'imagerie des arthro-IRM, elle a retenu que l'assuré présentait une déchirure partielle du sus-épineux à l'épaule gauche, une désinsertion du sus-épineux à l'épaule droite ainsi qu'une entorse du pouce gauche. Il s'agissait

de lésions assimilées à un accident dont devait répondre la SUVA. Elle a écarté l'avis exprimé par le Dr M_____ ainsi que celui des médecins des HUG, au motif que le premier n'avait pas été en mesure de vérifier les diagnostics posés par les radiologues et que les seconds, en contradiction avec ces diagnostics, n'avaient retenu qu'une tendinopathie du sus-épineux associée à une minime bursite. Le constat du Dr L_____, selon lequel la lésion tendineuse de l'épaule droite traduirait une atteinte ancienne, préexistante à l'accident, n'était pas convaincant, au vu de son absence de motivation. Elle a considéré qu'aucune pièce médicale n'établissait le caractère exclusivement maladif manifeste des troubles en cause au-delà du 31 mars 2011.

17. A la suite du recours formé par la SUVA contre le jugement cantonal, par arrêt du 25 avril 2013 (8C_497/2012), le Tribunal fédéral a admis le recours et annulé tant l'arrêt de la chambre de céans du 7 mai 2012 que la décision sur opposition de la SUVA du 20 juin 2011. Il a renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il a mis les frais de justice à la charge de la SUVA. Il a considéré qu'il existait des appréciations divergentes sur la nature et l'origine des troubles de l'assuré et qu'aucune des thèses en présence n'emportait la conviction. Si les constatations faites par les spécialistes en radiologie ne paraissaient guère contestables, la question de la causalité entre les troubles diagnostiqués et l'accident demeurait controversée. Par conséquent, l'instruction médicale des atteintes ne permettait pas de trancher la question de la poursuite du droit aux prestations. Il incombait à la SUVA de mettre en œuvre une instruction complémentaire afin de déterminer la nature exacte des atteintes affectant les épaules de l'assuré.
18. Le 27 novembre 2013, la SUVA a informé l'assuré qu'elle envisageait de confier une expertise orthopédique au docteur N_____, FMH chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, chirurgie des nerfs périphériques, et lui a transmis son projet de questionnaire. Ce dernier demandait à l'expert, notamment, de préciser parmi les atteintes à la santé qu'il a constatées celles qui avaient été causées par l'accident, si ces atteintes étaient encore des séquelles de l'accident, si l'état de santé était influencé par des facteurs étrangers à l'accident.
19. Le 27 décembre 2013, l'assuré a informé la SUVA qu'il n'avait aucune objection quant au choix de l'expert et que s'agissant du questionnaire, il souhaitait uniquement mettre en évidence certains faits.
20. Le 7 février 2014, la SUVA a confié un mandat d'expertise au Dr N_____ qui a examiné l'assuré le 4 avril 2014. Le 11 avril 2014, l'expert a requis du Dr D_____ des renseignements sur l'éventuel état antérieur des épaules. Le 14 avril 2014, ce médecin lui a transmis son rapport du 19 juin 2008 consécutif à son examen du 17 juin 2008 motivé par des douleurs poly-articulaires essentiellement à l'effort, apparues depuis quelques années mais en augmentation récente. Les douleurs articulaires au poignet droit, au rachis lombaire et au genou droit pouvaient être rattachées au « syndrome de la deuxième moitié de la vie » fréquemment rencontré

chez des travailleurs de la construction. Toutefois, l'absence d'altération radiologiquement objectivable pouvait être de nature à suspecter une touche « d'aggravation ». L'épaule droite présentait une amplitude articulaire complète mais était déclarée douloureuse dans les fins des mouvements analytiques. Il existait une légère atrophie du sous-épineux. La radiographie était normale hormis une densification et un remaniement léger de l'enthèse trochitérienne compatible avec un conflit sous-acromial avec tendinite du sus-épineux.

21. Dans son rapport du 28 avril 2014, l'expert a diagnostiqué une lésion partielle, non transfixiante, du tendon du supra-épineux aux deux épaules et une légère instabilité dorso-radiale de la métacarpo-phalangienne du pouce gauche. L'état de santé était influencé par une difficulté d'acceptation d'un état douloureux maladif aux deux épaules. L'assuré présentait une perte de confiance en ses possibilités réelles d'utilisation des deux bras. Il n'y avait actuellement pas d'imbrication entre les séquelles de l'accident et les facteurs étrangers. Parmi les atteintes à la santé constatées, l'atteinte du pouce gauche était vraisemblablement en relation avec l'accident du 27 novembre 2009. Par contre, l'atteinte des deux épaules ne l'était pas. Celle-ci n'était plus à considérer comme séquelle de l'accident. Il était peu probable que la poursuite du traitement pût améliorer l'état du pouce gauche. S'agissant de l'atteinte aux deux épaules, qui résultait d'un état maladif et d'une sous-estimation des capacités fonctionnelles, cet état n'était pas en rapport avec l'accident. L'atteinte du pouce gauche n'avait qu'une influence minimale sur la capacité de travail en tant que plaquiste, de sorte qu'il n'existait pas d'incapacité de travail en relation avec l'accident. L'assuré pouvait accomplir avec un horaire et un rendement complets toute activité ne nécessitant pas une dextérité particulière, ni une force importante du pouce gauche. La séquelle permanente de la métacarpo-phalangienne du pouce gauche correspondait à une atteinte à l'intégrité entre 0 et 5 %.
22. Par décision du 27 octobre 2014, la SUVA a confirmé la fin de ses prestations au 31 mars 2011 au motif que selon les conclusions de l'expert, les troubles des épaules n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 27 novembre 2009. Les seules suites de l'accident qui la concernaient, à savoir les séquelles de la lésion du pouce gauche, ne justifiaient ni incapacité de travail, ni indemnité pour atteinte à l'intégrité. En revanche, un éventuel traitement serait à la charge de la SUVA.
23. Dans son opposition du 27 novembre 2014, l'assuré a réfuté les conclusions de l'expert. S'agissant de l'atteinte au pouce gauche, il a observé que dans son activité de plâtrier-plaquiste qui impliquait l'usage permanent des deux mains, il lui était impossible de saisir un quelconque objet posé sur le sol avec les quatre autres doigts de la main gauche surtout s'il pesait un certain poids. Par conséquent, il a contesté que l'atteinte au pouce gauche n'ait qu'une influence minimale sur sa capacité de travail. S'agissant des épaules, selon l'échographie du 5 janvier 2012, il présentait une tendinopathie du supra-spinatus associée à une déchirure de la partie latérale du tendon. L'expert avait pu constater que l'élévation spontanée était

limitée des deux côtés et que l'essai de mobilisation au-delà de 90° déclenchait d'importantes contractions. Compte tenu de son âge, de telles douleurs ne pourraient s'expliquer que par une arthrose sévère des épaules, maladie qui n'avait jamais été mise en évidence par les nombreux examens radiologiques pratiqués jusqu'ici.

Il a joint à son écriture un courrier du Dr D_____ du 22 août 2014 faisant état d'une lente aggravation des troubles des épaules au cours des dernières années avec depuis début 2014 une impotence partielle d'élévation et des douleurs nocturnes. L'arthro-IRM récente démontrait une désinsertion des deux-tiers du supra-épineux et un conflit sous-acromial.

24. Le 8 janvier 2015, l'assuré a transmis à la SUVA un rapport du département de chirurgie des HUG du 11 novembre 2014 signé par le docteur O_____, médecin adjoint, selon lequel la fonction de l'épaule droite était évaluée à 40 % d'une épaule normale. Le bilan d'imagerie mettait en évidence un espace sous-acromial préservé sans signe de remaniement majeur. Sur l'IRM, on notait une tendinopathie distale du sus-épineux avec probable désinsertion partielle. Après mobilisation de cette épaule par traitement conservateur, si une douleur et une faiblesse venaient à persister, une arthroscopie pourrait être discutée.
25. Par décision du 16 janvier 2015, envoyée par courrier recommandé au mandataire, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a considéré que le nouveau rapport des HUG ne permettait pas de douter des conclusions de l'expert dès lors qu'il ne se prononçait pas sur l'étiologie des troubles présentés mais uniquement sur le traitement. S'agissant du pouce gauche, aucun élément du dossier ne permettait de considérer que le travail de plaquiste nécessitait une dextérité particulière ou une prise de force importante avec le pouce de la main non dominante. Elle a confirmé sa position.

La décision sur opposition ayant été envoyée à l'ancienne adresse du mandataire et le délai de réexpédition ayant expiré, la Poste a réexpédié le pli à la SUVA qui l'a reçu le 20 janvier 2015. Elle l'a renvoyée à l'adresse actuelle du mandataire.

26. Par acte du 24 février 2015, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il a conclu à l'octroi de prestations de la part de l'intimée au-delà du 31 mars 2011. Il a contesté que l'atteinte au pouce gauche soit compatible avec l'activité de plaquiste et que les lésions aux épaules soient sans rapport avec l'accident dès lors qu'elles avaient été dûment objectivées par radiographies et IRM. Il a observé qu'avant l'accident, il ne souffrait d'aucune douleur aux épaules et pouvait exercer son activité de plaquiste sans difficulté. Il a relevé également que les séquelles de l'accident avaient perturbé son équilibre psychique dès lors qu'il devait suivre une psychothérapie hebdomadaire. De plus, l'office cantonal de l'assurance-invalidité lui avait reconnu le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2013.

Il a produit dans la procédure un certificat du docteur P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, daté du 23 février 2015 et certifiant que l'assuré est au bénéfice

depuis 2011 d'un suivi psychiatrique régulier hebdomadaire avec parfois des rendez-vous urgents.

27. Dans sa réponse du 15 avril 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 16 janvier 2015. Elle a rappelé que le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité avec cet accident. Eu égard au rapport du Dr D_____ du 19 juin 2008 joint par le Dr N_____ à son rapport d'expertise, il était incontestable que le recourant présentait avant l'accident du 27 novembre 2009 des lésions dégénératives notamment à l'épaule droite. L'accident n'avait fait que « révéler » ces lésions préexistantes et les douleurs déjà présentes. Au vu des rapports d'expertise et du rapport du Dr L_____ du 23 février 2011, les troubles aux épaules étaient sans lien avec l'accident du 27 novembre 2009. Même si l'existence d'un rapport de causalité entre les atteintes aux épaules et l'accident devait être retenue, le statu quo ante ou sine était de toute façon atteint bien avant le 31 mars 2011. En effet, selon le rapport du Dr M_____ du 16 juin 2011, le statu quo sine avait été atteint quelques semaines après l'accident, de sorte qu'à partir du 1^{er} avril 2011 au plus tard, seules des causes exclusivement dégénératives provoquaient les troubles du recourant. S'agissant du pouce gauche, les différentes mesures effectuées par l'expert lors de son examen clinique démontraient que la force de préhension de la main gauche par rapport à celle de la main droite n'était que faiblement diminuée, de sorte que le recourant ne présentait aucune diminution considérable de la force de son pouce gauche. En définitive, la main gauche était complètement mobile et le pouce gauche n'était que partiellement limité en flexion, de sorte que le recourant ne présentait aucune limitation de sa capacité de travail.
28. Dans sa réplique du 7 mai 2015, le recourant n'a pas contesté que le 17 juin 2008, le Dr D_____ avait notamment diagnostiqué certains signes de sensibilité aux épaules et considéré que ces douleurs articulaires multiples pouvaient être rattachées au « syndrome de la deuxième moitié de la vie » fréquemment rencontré chez les travailleurs de la construction, ce qui excluait l'existence d'une maladie ou d'une affection spécifique dont il aurait souffert avant l'accident puisque tous les ouvriers ayant son âge travaillant sur les chantiers pouvaient présenter la même pathologie. Par conséquent, sans l'accident, il aurait pu poursuivre son activité sans difficulté pendant plusieurs années, de sorte qu'il était erroné de prétendre que son état de santé actuel serait survenu tôt ou tard indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur. S'agissant de l'atteinte au pouce gauche et au vu des affirmations de l'intimée considérant qu'aucun obstacle ne s'opposait à la poursuite de son activité de plâtrier plaquiste, incompatibles avec la réalité vécue au quotidien dans un chantier, il a suggéré que la chambre de céans entende un professionnel de la branche. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.
29. Dans sa duplique du 27 mai 2015, l'intimée a contesté que les douleurs ressenties aux épaules seraient uniquement dues à un syndrome affectant les ouvriers du

bâtiment. En effet, dans son rapport du 17 juin 2008 (recte : 19 juin 2008), le Dr D_____ avait constaté une atrophie du sous-épineux, une densification et un remaniement de l'enthèse trochantérienne compatible avec un conflit sous acromial avec tendinite du sous-épineux. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes.

30. Par arrêt du 4 novembre 2015 (ATAS/836/2015), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 16 janvier 2015 et renvoyé la cause à la SUVA pour nouvelle expertise médicale au sens des considérants.

Elle a considéré que dans son rapport d'expertise, le Dr N_____ se bornait à indiquer que l'atteinte aux épaules résulte d'un état maladif sans développer et démontrer pourquoi il arrivait à cette conclusion. Or, sur la question cardinale et controversée de l'origine des ruptures bilatérales partielles du tendon supra-épineux, chez un travailleur de force âgé de 42 ans au moment de l'accident, il appartenait à l'expert d'expliquer pourquoi les lésions des épaules n'étaient pas post-traumatiques, respectivement pourquoi les causes accidentelles avaient complètement disparu. En outre, ses réponses étaient contradictoires en tant qu'il ne retenait aucun lien entre l'accident et les lésions bilatérales partielles non transfixiantes du tendon du supra-épineux et en même temps il considérait que l'atteinte aux épaules n'était plus séquellaire de l'accident. Or, si les troubles des épaules étaient sans rapport de causalité avec l'accident, ils ne pouvaient pas plus être considérés comme des séquelles de l'accident ou, autrement dit, s'ils n'étaient plus séquellaires de l'accident au moment de l'examen de l'expert, ils étaient à l'origine en rapport de causalité avec l'accident.

Par conséquent, en tant qu'il ne comportait aucune réelle motivation quant à l'absence de lien de causalité entre l'accident et les lésions des épaules et qu'il contenait des contradictions, le rapport du Dr N_____ ne satisfaisait pas aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une valeur probante. En outre, il était incomplet. En effet, pour permettre de statuer sur la question du lien de causalité, respectivement sur celle de la disparition des causes accidentelles en cas d'aggravation d'un état maladif préexistant, son rapport devait préciser à partir de quelle date les causes accidentelles avaient complètement disparu, ce qu'il ne faisait pas, étant relevé que, pour sa part, l'intimée ne lui avait pas posé cette question.

Dans le cas du recourant, malgré le renvoi du dossier par le Tribunal fédéral pour instruction complémentaire et la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, la chambre de céans ne disposait toujours pas des éléments médicaux lui permettant de vérifier d'une part, si les troubles de l'épaule étaient d'origine post-traumatique, dégénérative ou mixte, respectivement s'ils avaient été causés ou décompensés par l'accident du 27 novembre 2006, d'autre part, si le statu quo ante vel sine avait été atteint et depuis quelle date, respectivement si le caractère exclusivement dégénératif des lésions était établi de façon manifeste et depuis quelle date.

Par conséquent, l'intimée n'avait pas instruit correctement la situation médicale, de sorte que la cause devait lui être renvoyée pour mise en œuvre d'une nouvelle

expertise médicale, à charge pour l'expert de diagnostiquer les troubles des membres supérieurs, de se prononcer notamment sur l'étiologie des lésions diagnostiquées, de déterminer si une cause extérieure avait déclenché les symptômes dont souffrait le recourant, de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions diagnostiquées, de déterminer si le caractère exclusivement dégénératif des lésions étiat établi de façon manifeste et depuis quelle date, respectivement en cas d'absence d'origine dégénérative des lésions si le statu quo ante ou sine étiat atteint et depuis quelle date. En outre, il devra également statuer notamment sur la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles et sur l'existence d'une atteinte à l'intégrité physique, respectivement sur leur taux.

La chambre de céans était d'avis qu'au vu de la problématique du cas d'espèce, l'expertise devrait être confiée à un orthopédiste spécialisé dans les troubles de l'épaule.

Après quoi, l'intimée devrait réexaminer le droit aux prestations en rendant une nouvelle décision.

31. A la demande de la SUVA, le docteur Q_____, FMH chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise le 2 septembre 2016.

A la demande de l'expert, l'assuré a été soumis à deux IRM, soit :

- Une IRM de l'épaule gauche du 29 août 2016 a conclu à la cicatrisation de la déchirure du tendon supra-épineux, laissant persister un foyer de tendinopathie fissuraire en regard de l'insertion de son tiers moyen ; apparition de quelques fissurations du labrum dans le quadrant postéro-supérieur ; statu quo par ailleurs.
- Une IRM de l'épaule droite du 26 août 2016 a conclu à une extension plus importante du foyer de déchirure intra-tendineuse à l'insertion du secteur antérieur du tendon supra-épineux sur 10 mm de longueur et de 5 mm de largeur, bordé par une fine composante de clivage sur 5 mm de largeur ; apparition de quelques fissurations du labrum non transfixiantes dans le quadrant postéro-supérieur ; statu quo par ailleurs.

Arrivé en Suisse en 1990, l'assuré avait travaillé comme aide-plâtrier, comme plâtrier-peintre, comme employé au tri du linge, comme barman et comme poseur de plaques de placo-plâtre.

L'assuré se plaignait de douleurs aux épaules à la mobilisation ainsi que la nuit, de limitations de la mobilité des épaules, de douleurs à la main gauche, avec diminution de force de préhension ainsi que de cervicalgies.

Une IRM de l'épaule droite du 26 août 2016 concluait à une lésion intra-tendineuse à l'insertion de la partie antérieure du tendon sus-épineux très légèrement augmentée de 3 mm en longueur, par rapport à l'examen de 2010. Le labrum présentait maintenant quelques fissurations non transfixiantes dans le quadrant

postéro-supérieur. Le reste était sans changement. A gauche, amélioration de la lésion du sus-épineux par rapport à l'examen de 2010, mais avec encore un petit foyer de tendinopathie en regard de l'insertion de son tiers-moyen. Apparition de quelques fissurations non transfixiantes dans le quadrant postéro-supérieur du labrum. Statu quo pour le reste.

Il a posé le diagnostic de status après chute dans les escaliers en date du 27 novembre 2009 ayant entraîné une réception postérieure sur la colonne lombaire et cervicale plus ou moins contusion postérieure également des deux épaules et entorse du pouce gauche.

Status après mise en évidence de délamination des tendons sus-épineux ddc, un peu plus marquée à gauche qu'à droite aux IRM de janvier et février 2010, sans changement significatif.

Vu les activités physiques lourdes décrites par l'assuré, celui-ci avait dû débiter dès 2008 des tendinopathies dégénératives du sus-épineux ddc.

L'accident n'avait pas pu aggraver l'atteinte du sus-épineux de l'épaule droite, ce que démontraient les IRM des 24 février 2010 et 29 août 2016.

Quant à l'épaule gauche, même si la délamination du tendon sus-épineux était plus importante, il n'y avait quand même pas de déchirure transfixiante.

Il n'y avait donc pas eu de lésion fraîche aux épaules selon l'IRM de 2010 et l'évolution constatée en 2016 était très comparable aux lésions constatées initialement.

Par ailleurs, l'assuré n'avait pas eu de douleur importante lors de l'examen par le Dr D_____ le lendemain de l'accident et présentait une amplitude fonctionnelle complète des deux épaules.

Des facteurs psychosociaux entraient en ligne de compte dans l'évolution défavorable, avec fixation psychique sur les lésions initiales. Il y avait des incohérences entre les dires de l'assuré, sans possibilité de fonctionnement et ses résistances lors de l'examen clinique.

Une activité adaptée (se passant en dessous de l'horizontale, en appui des membres supérieurs à manipuler des petits objets inférieurs à 3 kg) était exigible ; la statu quo sine se situait entre trois et six mois après l'accident ; aucune IPAI n'était due.

Le pouce ne posait plus de problème, la mobilité de l'articulation était complète. Il n'y avait pas de lésion assimilée à un accident aux épaules puisqu'il n'y avait pas de déchirure transfixiante ni d'altération des surfaces supérieures ou intra articulaires du sus-épineux. La lésion partielle de l'épaule gauche sans déchirure transfixiante du tendon du sus-épineux à sa face supérieure n'était pas traumatique mais entrainait dans le cadre d'une délamination progressive dégénérative, sans aggravation déterminante accidentelle. L'accident avait seulement induit des contusions cervico-lombaires, des contusions postérieures des deux épaules et une

entorse bénigne du pouce gauche. Concernant ce pouce et le rachis, l'évolution avait été rapidement favorable et en conséquence, un statu quo sine pouvait être posé déjà après quelques semaines puisque dès le début 2010, on n'en parlait quasiment plus. Pour ce qui était des deux épaules, compte tenu du contexte préexistant, des contusions qui normalement se guérissent entre quatre et six semaines pouvaient perdurer plus longtemps, mais ne justifiaient pas la poursuite d'un traitement dans le cadre accidentel après trois mois, au maximum six mois.

32. Par décision du 15 décembre 2016, la SUVA a mis fin au versement des prestations au 31 mars 2011, en se fondant sur l'expertise du Dr Q_____.
33. Le 18 janvier 2017, l'assuré a fait opposition à la décision précitée en faisant valoir qu'il souffrait toujours de douleurs aux deux épaules.

Si l'on admettait la thèse selon laquelle les douleurs actuelles n'étaient plus dans un rapport de causalité avec l'accident mais qu'elles résultaient d'une « délamination progressive dégénérative du tendon sus-épineux » (rapport d'expertise p. 30), il faudrait alors admettre qu'au moment de l'accident, âgé de 42 ans, il était déjà atteint par la maladie susmentionnée, sans que cela n'ait aucune incidence sur son activité professionnelle et qu'il avait fallu qu'il soit victime d'un accident pour se rendre compte qu'il avait déjà des problèmes d'épaule avant l'accident. En d'autres termes, la détérioration de cette atteinte antérieure, initialement asymptomatique, serait devenue symptomatique sur un espace de temps d'un peu plus d'une année, durée de l'incapacité de travail admise par la SUVA. Selon le cours ordinaire des choses, il était peu vraisemblable que l'existence d'un état antérieur, même progressivement aggravé, perdure depuis plus de cinq ans, tout en continuant à s'aggraver.

34. Par décision du 31 janvier 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré ; elle a relevé que selon l'expertise du Dr Q_____, l'assuré n'avait pas souffert de lésions corporelles assimilées à un accident et que le fait qu'il souffre toujours des deux épaules n'était pas déterminant.
35. Le 6 mars 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 31 janvier 2017, en faisant valoir que l'expertise du Dr Q_____ n'était pas probante.

Les douleurs aux épaules ne provenaient pas de ses activités professionnelles ; le Dr Q_____ avançait sans preuve que des tendinopathies dégénératives du sus-épineux avaient dû débiter à l'époque et que la rupture de la coiffe des rotateurs était une lésion assimilée à un accident ; l'expertise du Dr Q_____ n'apportait pas d'éléments essentiels permettant de vérifier si les troubles de l'épaule étaient d'origine post-traumatique, dégénérative ou mixte, respectivement s'ils avaient été causés ou décompensés par l'accident du 27 novembre 2006. En d'autres termes, seule présentait une vraisemblance suffisante l'hypothèse selon laquelle les troubles dont il souffrait à ce jour ne pouvaient que résulter d'une cause extérieure et l'aspect dégénératif relevé par l'expert n'avait qu'une importance secondaire.

Il a conclu à l'octroi de prestations LAA relativement à l'atteinte aux deux épaules.

36. Le 19 avril 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise du Dr Q_____ était probante ; celui-ci avait relevé que l'accident n'était pas approprié pour léser la structure du sus-épineux ; même une aggravation par l'accident des lésions aux épaules n'était pas donnée ; il n'y avait pas de lésion assimilée à un accident.

Les atteintes aux épaules n'étaient donc pas d'origine accidentelle ; l'expert avait pris en compte de façon correcte les activités professionnelles du recourant ; l'assureur n'avait pas à démontrer la présence d'atteintes avant l'accident mais uniquement que les causes accidentelles ne jouaient plus de rôle ; enfin, les problèmes psychologiques relevés n'étaient pas en lien avec l'accident ; la cause adéquate devait être d'emblée niée ; l'expert avait conclu à des atteintes dégénératives.

37. Le 3 juillet 2017, la chambre de céans a entendu les parties audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré :

« Le 27 novembre 2009, j'ai chuté dans un escalier alors que je travaillais sur un chantier. Mes épaules ont heurté l'une après l'autre le mur. J'ai aussi été blessé au pouce. J'ai beaucoup de douleur aux deux épaules qui m'empêchent de bien dormir. J'ai effectué une arthro-IRM en 2016 à la Clinique de la Colline laquelle a montré une aggravation de la déchirure aux deux épaules. Je suis toujours en arrêt de travail. Je suis sous traitement médicamenteux antidouleur et anti-inflammatoire. J'ai aussi une dépression qui perdure. Je suis sous traitement antidépresseur. Mon pouce ne va pas trop mal mais il n'a plus de force. Avant l'accident je n'avais souffert ni des épaules ni du pouce. J'ai seulement été en arrêt de travail deux semaines en 2008 car j'avais souffert du dos après avoir travaillé sur une façade.

Les IRM ont été faites à la demande de l'expert Q_____. Il s'agissait d'une arthro-IRM effectuée pour la troisième fois. J'en avais déjà subi une en 2010 et une à la CRR. Le rapport d'IRM mentionne une aggravation de la déchirure aux deux épaules en 2016.

Je suis suivi par le docteur R_____ ; J'ai dû changer de médecin car le Dr D_____ a pris sa retraite. Je vois mon médecin toutes les cinq à six semaines. Je suis également suivi par mon médecin de famille le docteur S_____. Je suis également suivi par le docteur P_____ qui est psychiatre et que je vois régulièrement. J'ai également terminé un traitement de physiothérapie le mois dernier que je vais toutefois poursuivre après l'été. Ma dépression a débuté en 2011, en raison de l'accident.

En 2012, j'ai repris un travail plus léger à 50 %, j'ai toutefois dû l'arrêter en raison de mon état de santé.

Après mon arrêt de travail de deux semaines en 2008 j'ai recommencé à travailler sans aucune douleur. »

Le représentant de la SUVA a déclaré :

« Je ne peux pas vous certifier que le Dr Q_____ soit un spécialiste de l'épaule mais il est chirurgien orthopédiste.

Nous adhérons aux conclusions du rapport du Dr Q_____ qui nie tout lien de causalité entre les lésions aux deux épaules et l'accident.

Je relève que le Dr Q_____ cite un rapport du Dr E_____ du 19 juin 2008, lequel atteste de douleurs du recourant à l'épaule droite, soit antérieures à l'accident.

Je relève que selon le Dr Q_____ il n'y a pas eu d'aggravation notable entre 2010 et 2016 (expertise Q_____ p. 26). »

38. A la demande de la chambre de céans, le Dr Q_____ a indiqué, le 5 juillet 2017, qu'il n'était pas un spécialiste de l'épaule.
39. Le 17 juillet 2017, la SUVA a observé qu'il n'existait pas de sous-spécialisation dans le domaine de la chirurgie de l'épaule, de sorte que les compétences du Dr Q_____ ne pouvaient être remises en cause.
40. Questionné par la chambre de céans sur l'état de santé de l'assuré et la pertinence de l'expertise du Dr Q_____, le docteur R_____, FMH chirurgie orthopédique, a répondu le 8 octobre 2017 qu'il ne s'était jamais occupé des problèmes d'épaules de l'assuré.
41. Sur quoi la cause a été gardée à juger

EN DROIT

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

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

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

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. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien 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 jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 27 novembre 2009 et les troubles des membres supérieurs, respectivement sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 31 mars 2011.
5. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).
- b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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). 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

e. Si un facteur extérieur n'a fait que déclencher les symptômes d'une lésion assimilée à un accident, le droit aux prestations prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine, c'est à dire le caractère désormais exclusivement dégénératif ou maladif de l'atteinte à la santé, est clairement établi; le degré de la vraisemblance prépondérante ne suffit pas, sans quoi l'on se trouverait à nouveau

confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette lésion (cf. arrêts 8C_357_2007 du 31 janvier 2008 consid. 2, U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2, U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3).

7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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).

b. 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 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité

de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e. 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 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

f. 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).

g. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

8. 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).

-
9. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

10. a. Selon la littérature médicale (Quand faut-il opérer une rupture de la coiffe des rotateurs ?, par A. DJAHANGIRI et A. FARRON in *Revue Médicale Suisse* 2009 p. 2551ss), la rupture de la coiffe des rotateurs peut être d'origine traumatique, dégénérative ou mixte. Les ruptures traumatiques font suite à des chutes sur le moignon de l'épaule ou des mouvements d'abduction contrariés. Les ruptures dégénératives surviennent chez des sujets plus âgés, et sont souvent associées à un rétrécissement de l'espace sous-acromial (acromion crochu ou avec ostéophyte). Des traumatismes parfois mineurs peuvent dans ces conditions provoquer des ruptures plus ou moins complètes de la coiffe (p. 2552). Il existe une corrélation

significative entre l'âge et la survenue d'une atteinte de la coiffe des rotateurs. La prévalence de rupture chez les sujets asymptomatiques est de 20 % entre 60 et 70 ans, et atteint même 50 % chez les individus entre 70 et 80 ans. Il existe un délai moyen de dix ans entre l'âge d'apparition d'omalgie sur tendinopathie de la coiffe sans rupture (49 ans) et l'âge moyen d'apparition d'une rupture de la coiffe unilatérale (59 ans) et près de vingt ans pour une bilatérale (68 ans ; p. 2551 et 2552).

b. D'après la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 496/00 du 8 juin 2001 consid. 3b), l'expérience médicale démontre que la lésion de la coiffe des rotateurs est pratiquement toujours - sauf dans le cas de « rupture » - l'aboutissement d'un processus dégénératif qui, à la suite d'une occurrence fortuite, devient symptomatique (cf. aussi ATF 123 V 44 consid. 2a). Or, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) dont font partie les ruptures de la coiffe des rotateurs (let. f), sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références). Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2).

11. A la suite de l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 4 novembre 2015 (ATAS/836/2015), l'intimée a mis en œuvre une nouvelle expertise orthopédique, confiée au Dr Q_____, lequel est spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

L'expert a rendu son rapport le 2 septembre 2016. Celui-ci, fondé sur un examen du recourant, les pièces du dossier, complétées par deux IRM des épaules des 26 et 29 août 2016, comprend une anamnèse complète, une description détaillée des plaintes et du status, des diagnostics précis, une interprétation approfondie des radiographies et des conclusions claires et bien motivées, de sorte qu'il répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu pleine valeur probante.

L'expert a considéré que le recourant avait travaillé dans des métiers physiques sollicitant les épaules et aboutissant fréquemment à des tendinopathies douloureuses et / ou invalidantes ; il a relevé que le recourant avait dû consulter avant l'accident, soit en 2008 pour des douleurs diffuses qui touchaient déjà l'épaule droite, ce qui permettait de dire que le recourant débutait à cette époque des tendinopathies dégénératives du sus-épineux ddc. La chute du recourant, avec contusion postérieure du moignon des deux épaules n'était pas appropriée pour léser une telle structure (comme le serait le cas d'un mouvement d'abduction contre résistance ou une compression de l'espace sous-acromial).

Après avoir analysé les documents radiologiques, l'expert a conclu que les IRM des deux épaules ne montraient aucun signe de lésion fraîche en 2010 et une évolution en 2016 très comparable aux lésions constatées initialement. D'ailleurs, le Dr D_____ avait relevé, après l'accident, des amplitudes fonctionnelles complètes des deux épaules, ce qui allait aussi dans le même sens.

La chute n'avait pas induit d'aggravation déterminante ; le recourant avait opéré une fixation psychique sur les lésions initiales. Du côté droit il n'y avait pas de déchirure transfixiante, même partielle, et la lésion partielle du tendon à gauche n'était pas traumatique mais correspondait à une délamination progressive dégénérative, soit exclusivement dégénérative.

La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité mais totale dans une activité adaptée soit se passant en dessous de l'horizontale, en appui des membres supérieurs à manipuler des petits objets inférieurs à 3 kg ; le statu quo sine avait été atteint six mois au maximum après l'évènement, celui-ci ayant révélé des tendinopathies dégénératives des deux épaules ; l'accident avait entraîné des contusions cervico-lombaires, des contusions postérieures des deux épaules et une entorse du pouce gauche.

S'agissant du pouce gauche, le recourant avait une mobilité complète de l'articulation, sans douleurs.

Ce rapport d'expertise n'a été contesté par aucun autre médecin ; en particulier, le Dr R_____, orthopédiste traitant du recourant, questionné par la chambre de céans, a indiqué qu'il ne s'était jamais occupé du problème aux épaules du recourant.

Le recourant conteste le lien établi par l'expert entre son activité dans des métiers physiques et les lésions aux épaules, en particulier l'affirmation qu'en 2008 il était en train de débiter des tendinopathies dégénératives du sus-épineux ; à cet égard, l'expert a relevé que le recourant avait consulté avant l'accident en raison de douleurs poly-articulaires dont des douleurs à l'épaule droite que le Dr D_____ avait jugées compatibles avec un conflit sous acromial avec tendinite du sus-épineux, ce que le recourant ne conteste pas.

Il est ainsi avéré que le recourant présentait des douleurs à l'épaule droite antérieures à l'accident et attribuées selon son médecin traitant vraisemblablement à une tendinite du sus-épineux, fait issu de l'anamnèse médicale ayant été prise en compte par l'expert, à côté d'autres éléments comme la description de l'accident et l'analyse des documents radiologiques ; tous ces éléments lui ont permis de conclure à la présence, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la date du 31 mars 2011, d'une atteinte exclusivement dégénérative, une aggravation de l'état antérieur étant très largement couverte jusqu'à cette date.

Dans le même sens, le Dr D_____, que le recourant a consulté après l'accident, avait également indiqué que l'accident avait provoqué des contusions multiples sans gravité et une vraisemblable entorse du pouce gauche dans un contexte où une

tendance à l'aggravation ne pouvait être exclue (avis du 4 janvier 2010) et – après l'IRM du 5 janvier 2010 constatant une rupture des deux tendons supra-spinatus droite et gauche – que l'accident avait probablement provoqué une décompensation de tendinopathie chronique des supra-épineux qui était peu symptomatique, la chute dans les escaliers n'ayant pu, de façon probable, provoquer une lésion tendineuse bilatérale (rapport du 18 janvier 2010).

Au demeurant, la chambre de céans constate que l'expert a établi de façon convaincante et motivée, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'origine malade des lésions aux deux épaules du recourant, l'accident n'ayant qu'aggravé momentanément l'état antérieur.

12. En conséquence, la décision litigieuse, laquelle met fin aux prestations de l'intimée au 31 mars 2011, ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté.
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

À 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 - RS 173.110); 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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