



### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1986, a été engagé par le C\_\_\_\_\_ de Genève (ci-après l'employeur) en qualité d'assistant dramaturge, pour une durée déterminée jusqu'au 30 juin 2013, puis pour une durée indéterminée à compter du 16 juillet 2013. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Generali assurances générales SA (ci-après l'assurance).
2. Par déclaration de sinistre du 24 octobre 2013, l'employeur a annoncé à l'assurance que l'assuré s'était luxé l'épaule en sautant dans une piscine le 6 juillet 2013.
3. Le jour du sinistre, l'assuré a été admis au Service des urgences du Centre hospitalier de Beaune (France), où le docteur D\_\_\_\_\_, médecin, a diagnostiqué une luxation antéro-interne. Le traitement a consisté en la prise d'antalgiques et une immobilisation par le coude au corps.
4. Une arthro-imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) a été réalisée le 22 août 2013. Dans son rapport y relatif, le docteur E\_\_\_\_\_, radiologue, a relevé que la sémiologie du rebord glénoïdien suggérait les séquelles d'une impaction accompagnée d'une désinsertion labrale, et que la sémiologie de l'épaississement capsulaire irrégulier s'accordait avec les séquelles d'une désinsertion capsulo-périostée emportant le labrum, réalisant une lésion de Bankart capsulo-ligamentaire, l'ensemble étant en rapport avec les antécédents d'instabilité. Il a également noté des éléments caractérisant l'évolution d'une impaction de Hill Sachs dans le même cadre. Enfin, il a signalé un foyer d'œdème en territoire spongieux caractérisant une composante post-contusionnelle associée à la récurrence récente d'instabilité. Il a ainsi conclu à une « précision des séquelles d'instabilité, associant les traces d'une désinsertion capsulo-périostée emportant le labrum réalisant une lésion de Bankart capsulo-ligamentaire, d'une impaction glénoïdienne et d'une impaction de Hill Sachs, bordée par un œdème imputable à la récurrence récente de luxation.
5. Par rapport du 27 août 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré présentait une luxation récidivante de l'épaule droite et qu'une intervention lui paraissait indiquée. Pour des raisons professionnelles, l'assuré souhaitait être opéré en décembre 2013.
6. Le 5 novembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé à l'assurance que l'assuré avait présenté une luxation antéro-interne de l'épaule droite réduite, sans lésion osseuse à la radiographie.
7. Par certificat du 8 novembre 2013, ce médecin a attesté avoir constaté, le jour du sinistre, une impotence fonctionnelle totale du membre supérieur droit et une tête glénoïde qui n'était pas en place. L'incapacité de travail était totale durant 21 jours, sous réserve de complications.

8. Le 16 décembre 2013, l'assuré a répondu à un questionnaire de l'assurance, précisant s'être blessé en lançant une balle avec la main droite tout en sautant dans une piscine. Il avait ressenti les premières douleurs lorsque l'épaule s'était déboîtée, et avait déjà souffert, depuis 2004, de plusieurs luxations (8-10) qu'il avait pu à chaque fois réduire lui-même.
9. En date du 20 décembre 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires du Canton de Genève (ci-après HUG), a procédé à la stabilisation arthroscopique de l'épaule, par avivement du rebord glénoïdien, réinsertion de la capsule et de la bandelette antérieure du ligament gléno-huméral inférieur et réinsertion du ligament gléno-huméral moyen, avec débridement d'une lésion SLAP de grade I, laissée telle quelle.
10. Selon la lettre de sortie du 7 janvier 2014 des HUG, le diagnostic retenu était celui d'instabilité gléno-humérale antéro-inférieure de l'épaule droite. Les suites opératoires avaient été favorables et l'assuré avait pu rentrer à domicile le 21 décembre 2013. Le traitement consistait alors en le maintien du membre supérieur droit dans un « polysling » durant six semaines et en la poursuite d'une mobilisation pendulaire.
11. Par décision du 20 janvier 2014, l'assurance a nié le droit de l'assuré à toute prestation, motif pris qu'il n'avait pas été victime d'un accident ou d'une lésion assimilée à un tel événement.
12. Le 21 février 2014, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée. Il a notamment invoqué que l'événement du 6 juillet 2013 devait être qualifié d'accident, précisant qu'il avait totalement perdu le contrôle de son mouvement, particulièrement violent dès lors qu'il avait ramené son bras droit vers l'arrière alors qu'il se trouvait en suspension, après avoir pris tout son élan, couru et sauté. En outre, sa lésion devait être assimilée à un accident. L'assuré a allégué avoir préalablement souffert de plusieurs déboîtements qui avaient eu lieu à des intervalles éloignés dans le temps et toujours suite à des événements violents et inhabituels, tels qu'une chute en escalade, un parcours du combattant lors de l'école de recrue, ou encore une chute dans les escaliers. Il s'agissait très vraisemblablement de sublaxations puisqu'il avait toujours pu les réduire seul.  
  
A l'appui de son opposition, il a produit la déclaration de sinistre relative à sa chute dans les escaliers ayant entraîné une luxation de l'épaule droite le 11 juillet 2009, ainsi que la décision du 15 juillet 2009 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après Suva), auprès de laquelle il était alors assuré.
13. Selon une note interne de l'assurance du 7 novembre 2014, son médecin-conseil, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, était d'avis que le statu quo pouvait être fixé au maximum à trois mois post-traumatiques compte tenu de l'important état antérieur.
14. En date du 14 novembre 2014, l'assurance a rendu une nouvelle décision et annulé celle du 20 janvier 2014. Elle a considéré, sur la base de l'appréciation de son

---

médecin-conseil, que le statu quo sine avait été atteint le 6 octobre 2013 au plus tard. Dès lors, les troubles de l'épaule droite n'étaient plus, à partir du 7 octobre 2013, en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré, et aucune prestation n'était versée dès cette date.

15. Le 19 décembre 2014, l'assuré s'est opposé à la décision précitée. En substance, il a nié toute valeur probante à l'avis du médecin-conseil et contesté que le statu quo sine ait été atteint après trois mois. Il a notamment allégué que tous les déboîtements dont il avait souffert dans le passé s'étaient réduits spontanément, sans intervention médicale et presque toujours immédiatement après l'événement. En revanche, suite à la luxation de juillet 2013, il avait dû être conduit en ambulance à l'Hôpital où l'équipe médicale avait procédé à la réduction, après lui avoir administré plusieurs doses de morphine. Il a encore précisé que la première subluxation remontait à 2004, qu'elle avait été provoquée par une chute en escalade et n'avait pas nécessité de traitement. Entre 2004 et 2009, il avait souffert d'environ quatre déboîtements, dont l'un en 2006 lors d'un plongeon au sol durant l'école de recrue. Il avait à nouveau pu réduire lui-même la subluxation sans consultation médicale et aucun traitement n'avait été dispensé. Le 11 juillet 2009, il avait chuté dans les escaliers et s'était réceptionné sur l'épaule droite, ce qui avait engendré une probable luxation, réduite spontanément lors de son arrivée à l'Hôpital. Grace aux exercices de renforcement musculaire, il n'avait présenté aucune subluxation ou luxation entre juillet 2009 et juillet 2013, soit durant quatre ans. Ainsi, seuls les deux derniers événements avaient nécessité des traitements médicaux. Dans le premier cas, le port d'une attelle et des séances de physiothérapie avaient été prescrits, et l'incapacité de travail n'avait duré que treize jours. Dans le second cas, une réduction médicale et une immobilisation avaient été nécessaires, et, pour la première fois, la question d'une opération avait été évoquée. Suite à l'intervention du 20 décembre 2013, son bras avait été maintenu dans un « polysling » durant six semaines et son incapacité de travail avait duré jusqu'au 30 janvier 2014. Il avait ensuite dû consulter régulièrement le Dr G\_\_\_\_\_ et avait suivi une rééducation physiothérapeutique jusqu'en mai 2014. S'agissant du retour au statu quo, l'assuré a contesté présenter un état maladif préexistant et relevé que l'assurance n'avait pas démontré que ses troubles résultaient exclusivement de causes étrangères à l'accident. En outre, l'opération avait été décidée avant le retour au statu quo fixé par l'assurance et était donc à la charge de cette dernière, peu importe la date à laquelle l'intervention avait effectivement été réalisée.

L'assuré a notamment transmis à l'assurance les pièces suivantes :

- Un rapport du 12 juillet 2009 de la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin à l'Hôpital de Sion, mentionnant une chute dans les escaliers ayant engendré une probable luxation, réduite spontanément à l'Hôpital. Une radiographie avait mis en évidence une petite lésion de Hill Sachs. Compte tenu des luxations récidivantes, une immobilisation pendant dix jours était préconisée, avec une mobilisation progressive à une semaine. En outre, un avis orthopédique

était proposé auprès du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

- Un certificat du 18 février 2014 du docteur K\_\_\_\_\_, médecin praticien à Sion, mentionnant avoir été consulté le 26 août 2009 par l'assuré, qui lui avait alors indiqué avoir été victime d'une luxation de l'épaule droite le 11 juillet 2009. Il s'agissait d'une récurrence après un intervalle libre de plus de deux ans, le premier épisode étant survenu en 2005. L'incapacité de travail avait été totale du 13 au 27 juillet 2009 et le traitement avait consisté en le port d'une attelle et des séances de physiothérapie, lesquelles ont été renouvelées le 11 novembre 2009 pour fin de traitement.
16. Par rapport du 20 février 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a conclu, sur la base des pièces communiquées par l'assurance, que l'assuré avait probablement été protagoniste d'un faux mouvement le 6 juillet 2013, avec son membre supérieur droit, qui s'était soldé par une luxation antéro-inférieure. Plusieurs luxations étaient décrites à partir de 2005 et plusieurs fois ces luxations s'étaient réduites spontanément. Il convenait donc de retenir un tableau de luxation habituelle, pour lesquelles on ne pouvait pas expliquer que l'épisode du 6 juillet 2013 aurait été particulièrement vulnérant, par rapport aux précédents, le protocole opératoire de stabilisation et les différentes investigations n'apportaient aucun argument dans ce sens. Partant, la prise en charge sur une période de trois mois à partir de l'évènement assuré semblait adéquate. La nécessité d'une intervention stabilisatrice, déjà évidente depuis longue date suite au nombre important de luxations, ne devait pas être couverte par l'assurance, mais par le précédent assureur-accident, subsidiairement par l'assureur-maladie.
  17. Sur demande de l'assurance, le Dr J\_\_\_\_\_ lui a répondu le 23 février 2015 qu'il n'avait jamais été consulté par l'assuré.
  18. Par décision sur opposition du 2 mars 2015, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 14 novembre 2014. Elle a considéré, conformément à l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ auquel elle accordait une pleine valeur probante, que le statu quo avait été atteint au maximum trois mois après la survenance de l'accident. En effet, l'assuré avait présenté plusieurs épisodes de luxation et il existait donc un état antérieur important. La situation de luxation était devenue habituelle et l'indication chirurgicale était incontournable. Partant, au-delà du 6 octobre 2013, les suites étaient à mettre sur le compte de l'instabilité préexistante, de sorte que les frais médicaux et les indemnités journalières relevaient de la compétence des assureurs-accidents antérieurs, subsidiairement de l'assureur-maladie. S'agissant de l'intervention chirurgicale, laquelle avait servi à traiter une instabilité préexistante, elle n'était pas en rapport de causalité avec le cas annoncé et n'aurait donc pas été remboursée, même si elle avait été réalisée avant le retour au statu quo.
  19. Par acte du 16 avril 2015, l'assuré a interjeté recours contre la décision susmentionnée. Préalablement, il a conclu à ce que la Suva soit appelée en cause et

---

à ce que, cas échéant, une expertise médicale soit ordonnée en vue de déterminer si et dans quelle mesure un statu quo sine devait être pris en compte. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à ce que l'intimée soit condamnée à la prise en charge de l'intégralité des prestations consécutives à l'accident du 6 juillet 2013, ainsi qu'au versement d'une indemnité équitable de CHF 800.-. Pour l'essentiel, le recourant a repris l'argumentation développée dans sa seconde opposition. Il a en particulier nié toute valeur probante au rapport du médecin-conseil, au motif, entre autres, que ce document ne tenait pas compte de ses plaintes, qu'il n'avait pas été rédigé en pleine connaissance de cause, et qu'il contenait des contradictions et des inexactitudes. A cet égard, il a précisé que, contrairement à ce que retenait le médecin-conseil, toutes les luxations antérieures avaient été réduites spontanément. De plus, il ne présentait pas un tableau de luxation « habituelle » compte tenu de l'absence de tout déboîtement pendant quatre ans. Enfin, l'accident du 6 juillet 2013 avait été particulièrement vulnérant, puisque c'était la seule fois qu'il avait dû être transporté en ambulance, que des analgésiques lui avaient été administrés et qu'une réduction médicale avait été nécessaire. Il a ajouté avoir ressenti pour la première fois une faiblesse continue de l'épaule droite, accompagnée de subtiles sensations de mouvements de la tête de l'os dans l'articulation, le faisant craindre que son épaule se déboîte, même lors d'activités courantes. Cette situation avait duré jusqu'à la récupération totale de sa mobilité, suite à l'opération de décembre 2013 et à la rééducation subséquente, soit jusqu'au 27 mai 2014. Enfin, il a contesté les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ selon lesquelles une intervention stabilisatrice était évidente de longue date, soulignant que les médecins consultés suite à l'accident de 2009 n'avaient pas évoqué une telle opération. Selon lui, le traitement prodigué s'était avéré efficace puisqu'il n'avait plus souffert de luxations ou de subluxations pendant près de quatre ans.

Le recourant a notamment produit :

- Un certificat médical établi le 28 mars 2015 par le Dr K\_\_\_\_\_, lequel a rappelé avoir été consulté le 26 août 2009 suite à une récurrence de luxation de l'épaule droite. Prenant en compte l'espacement temporel entre les épisodes et l'absence de symptômes, il avait prescrit, par prudence, neuf séances de physiothérapie à titre de fin de traitement et de consolidation musculo-articulaire. Le recourant avait été asymptomatique jusqu'à la nouvelle récurrence traumatique du 6 juillet 2013.
- Un courrier qu'il avait envoyé à la Suva le 5 mars 2015 afin qu'elle se détermine formellement sur la prise en charge des suites de l'accident survenu le 6 juillet 2013.

20. Dans sa réponse du 13 mai 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, maintenant que le sinistre assuré n'avait qu'aggravé de manière temporaire les multiples dégâts déjà causés à l'épaule droite par les nombreuses luxations antérieures.

L'intimée a produit un nouvel avis de son médecin-conseil, daté du 13 mai 2015. Suite à l'examen de tout le dossier médical du recourant, le Dr H\_\_\_\_\_ a confirmé que la situation de luxation était devenue habituelle, soit un stade plus avancé que la luxation récidivante. Bien qu'aucun document n'indiquait qu'une opération aurait été proposée au recourant avant l'épisode du 6 juillet 2013, il n'était pas exclu qu'une telle intervention ait été évoquée oralement. Selon lui, le fait qu'un avis orthopédique ait été recommandé auprès du Dr J\_\_\_\_\_ démontrait qu'il y avait déjà eu, en 2009, une réflexion sur la nécessité d'une intervention chirurgicale. Il a également maintenu qu'aucun élément ne permettait d'affirmer que le dernier événement aurait été plus vulnérant que les précédents, l'intervention d'une ambulance n'étant pas forcément révélateur. Il a ensuite exposé que chaque épisode de luxation antéro-inférieure favorisait la survenance d'un nouvel épisode successif, et que plus le patient était jeune au moment de la première luxation, plus il serait sujet à d'autres épisodes. Lorsqu'une personne était victime de quatre ou cinq luxations, une opération devenait incontournable, et les périodes de répit pouvaient être liées au fait que le patient apprenait à ne pas effectuer certains mouvements pour éviter la survenance d'une nouvelle luxation. Enfin, le médecin-conseil a rappelé qu'une lésion de Hill Sachs avait déjà été constatée en 2009, et que cette atteinte, préexistante, ne pouvait pas être attribuée au sinistre du 6 juillet 2013. Partant, il maintenait ses conclusions précédentes.

21. Par courrier du 18 juin 2015, le recourant, alors domicilié à Genève, a informé la chambre de céans qu'il quittait définitivement la Suisse, lui communiquant une adresse de notification en Valais.
22. Dans sa réplique du 14 juillet 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions, requérant qu'une décision incidente soit formellement rendue sur sa demande d'appel en cause de la Suva.

Il a notamment joint copie de courriels échangés avec des collaborateurs de cette assurance aux mois de juin et juillet 2015, messages desquels il ressort qu'elle refusait d'intervenir pour l'opération, considérant que cette dernière avait été proposée après le dernier événement accidentel.

Le recourant a également produit la décision de la Suva rendue le 11 juillet 2015, retenant qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 11 juillet 2009 et les troubles déclarés.

23. Le 21 août 2015, l'intimée a dupliqué et maintenu ses précédentes conclusions. Elle s'est référée à une appréciation du médecin d'arrondissement de la Suva et affirmé que ce dernier avait, lui aussi, relevé une évidente instabilité chronique de l'épaule droite, estimé que l'intervention avait servi à réparer cette instabilité, et fixé le statu quo à trois mois post-traumatiques (suite à l'événement de juillet 2009). L'intimée a ajouté qu'il ressortait du protocole d'audition de la Suva du 27 mai 2015 que l'épaule droite du recourant se déboîtait à la « moindre occasion », celui-ci ayant

notamment relaté s'être luxé l'épaule en 2006 en passant la serpillère et en 2007 en levant les bras en l'air.

L'intimée a transmis à la chambre de céans une appréciation du 14 août 2015 du Dr H\_\_\_\_\_, lequel confirmait ses avis antérieurs après avoir pris connaissance du rapport du médecin d'arrondissement de la Suva du 2 juillet 2015.

24. Sur demande de la chambre de céans, l'intimée lui a communiqué, par pli du 27 août 2015, le protocole d'audition de la Suva du 27 mai 2015 ainsi que le rapport du médecin d'arrondissement de cet assureur établi le 2 juillet 2015.
25. Copie de ces documents ont été transmis au recourant le 31 août 2015.
26. En date du 3 septembre 2015, la chambre de céans a reçu un courrier du recourant, lequel a notamment relevé que « la nouvelle pièce produite » ne lui avait jamais été communiquée par la Suva et qu'il n'avait pas accepté qu'elle soit directement transmise à l'intimée, qui plus est en dehors de la présente procédure. Concernant les instabilités antérieures à 2009, il a rappelé qu'il s'agissait de sublaxations sans réduction médicale.

### **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 – RS/GE E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le Tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours.

Etant rappelé que le recourant a interjeté son recours le 16 avril 2015 et qu'il a quitté son domicile genevois en juin 2015, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est 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 délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Compte tenu de la suspension des délais du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours du 16 avril 2015 contre la décision du 2 mars 2015, interjeté dans la forme prévue par la loi, est recevable

---

(art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations au 6 octobre 2013, motif pris que le statu quo sine était alors atteint, et à refuser la prise en charge de l'intervention du 20 décembre 2013, faute de rapport de causalité avec l'accident survenu le 6 juillet 2013.
5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 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).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;
- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;
- h. Les lésions du tympan.

b. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43

consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c et la jurisprudence citée). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et les références citées).

c. Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. 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. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et les références citées).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

7. a. Selon la recommandation de la Commission ad-hoc sinistres LAA n° 2/86 relative aux lésions corporelles assimilées à un accident, en cas de luxations de l'épaule et de lésions corporelles récidivantes similaires, les frais de guérison et les indemnités journalières doivent être pris en charge par l'assureur-accidents tenu de verser des prestations pour le dernier événement (accident ou événement assimilé à un accident) jusqu'à ce que le statu quo sine ou ante soit atteint. Si la seule obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations pour le dernier

événement ne paraît pas normale (par exemple, parce qu'une opération, qui aurait été clairement indiquée déjà après l'événement précédent, n'a pas été effectuée pour des raisons personnelles ou professionnelles) ainsi que dans le cas d'indemnités pour atteinte à l'intégrité ou d'invalidité, déclenchées lors du dernier événement, mais devant être attribuées partiellement aussi aux suites d'événements précédents, il y a lieu de rechercher un accord, en appliquant par analogie l'art. 100 OLAA (cf. recommandation n° 3/89).

b. Les recommandations de la Commission susmentionnée ne sont ni des ordonnances administratives ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit. Même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 134 V 277 consid. 3.5 ; ATF 114 V 315 consid. 5c; RAMA 1994 n° U 207 p. 336 consid. 4c)

8. 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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 125 V 351 consid. 3).

b. 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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).

Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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 correspond 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 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

10. Enfin, 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).
11. En l'espèce, il résulte des pièces versées au dossier que le recourant s'est blessé à l'épaule droite le 6 juillet 2013 alors qu'il voulait lancer une balle tout en sautant dans une piscine. Cet événement a déclenché une vive symptomatologie douloureuse et le recourant a dû être transporté en ambulance à l'hôpital, où une luxation antéro-intérieure a été diagnostiquée. L'intimée ne conteste pas le caractère soudain et involontaire de l'atteinte à la santé, ni le facteur de cause extérieure. En outre, cette atteinte correspond à un déboîtement d'articulations au sens de l'art. 9 al. 2 let. b OLAA. L'intimée était donc tenue de prendre en charge les suites de cet événement, ce qu'elle a d'ailleurs fait jusqu'au 6 octobre 2013, puisque l'origine exclusivement dégénérative de la lésion n'était pas manifeste.

L'intimée est cependant d'avis que le sinistre a uniquement aggravé de manière temporaire les multiples dégâts déjà causés à l'épaule droite par les nombreuses luxations antérieures et que le statu quo a été atteint le 6 octobre 2013. D'autre part, elle refuse la prise en charge de l'intervention chirurgicale réalisée en décembre 2013 au motif que celle-ci aurait servi à traiter une instabilité préexistante.

Elle se fonde pour cela sur l'appréciation de son médecin-conseil.

12. a. S'agissant du retour au statu quo sine, il est rappelé qu'en cas de lésion assimilée à un accident, il n'est atteint que lorsque le caractère exclusivement maladif ou dégénératif de la lésion est manifeste.

Il convient donc d'examiner si les avis du Dr H\_\_\_\_\_ permettent de conclure que les troubles présentés par le recourant au-delà du 6 octobre 2013 revêtent un tel caractère.

b. Le médecin-conseil a relevé que plusieurs luxations étaient décrites avant l'événement assuré, à partir de 2005, que plusieurs d'entre elles s'étaient réduites spontanément et que l'épisode du 6 juillet 2013 n'avait pas été particulièrement vulnérant par rapport aux précédents (avis du 20 février 2015), l'intervention d'une ambulance n'étant pas forcément révélateur sur ce point (avis du 13 mai 2015). Il a donc retenu un tableau de luxation habituelle (avis du 20 février 2015), soit un

stade plus avancé que la luxation récidivante (avis du 13 mai 2015), bien que le recourant n'avait plus été victime de luxation depuis quatre ans. Il a précisé à cet égard que les périodes de répit pouvaient être liées au fait que le patient apprenait à ne pas effectuer certains mouvements pour éviter la survenance d'une nouvelle luxation (avis du 13 mai 2015). Il a également expliqué que chaque épisode de luxation antéro-inférieure favorisait la survenance d'un nouvel épisode, et que plus le patient était jeune au moment de la première luxation, plus il serait sujet à d'autres épisodes. Le Dr H\_\_\_\_\_ a conclu que la prise en charge sur une période de trois mois à partir de l'évènement assuré semblait adéquate (avis du 20 février 2015).

La chambre de céans relève en premier lieu que si l'existence de lésions antérieures au dernier épisode est attestée par plusieurs documents, à l'instar du rapport d'arthro-IRM du 22 août 2013 qui a mis en évidence des antécédents d'instabilité, ou encore du rapport du 12 juillet 2009 de la Dresse I\_\_\_\_\_ faisant état d'une petite lésion de Hill Sachs, aucune pièce produite ne permet de retenir que les troubles présentés par le recourant au-delà du 6 octobre 2013 auraient un caractère exclusivement maladif ou dégénératif. Le médecin-conseil de l'intimée s'est contenté d'indiquer que la prise en charge sur une période de trois mois « semble adéquate », ce qui est manifestement insuffisant eu égard à la réglementation spécifique selon laquelle on ne peut admettre un retour au statu quo ante ou une évolution vers un statu quo sine que si l'origine malade ou dégénérative de la lésion assimilée est manifeste et exclut toute cause accidentelle.

En outre, la chambre de céans observe que le caractère particulièrement vulnérant du dernier accident n'est pas pertinent dans le cadre de l'appréciation d'un retour au statu quo, et que l'affirmation du Dr H\_\_\_\_\_, selon laquelle plusieurs luxations antérieures au faux mouvement du 6 juillet 2013 s'étaient réduites spontanément, semble inexacte. En effet, le recourant a continuellement allégué, sans que cela soit contredit par le moindre rapport, que seul l'épisode de juillet 2013 avait nécessité une réduction médicale.

c. Partant, l'intimée n'était pas fondée, sur la base des avis du Dr H\_\_\_\_\_, à conclure que le statu quo avait été atteint le 6 octobre 2013.

Pour ce motif déjà, la décision litigieuse doit être annulée, l'intimée ne pouvant mettre fin à ses prestations dès cette date.

13. a. Concernant l'intervention chirurgicale du 20 décembre 2013, l'argumentation de l'intimée est fondée sur la recommandation de la Commission ad-hoc sinistres LAA n° 2/86, selon laquelle, en cas de luxations récidivantes de l'épaule, le fait qu'une opération ait été clairement indiquée après l'évènement précédent permet à l'assureur-accidents tenu de verser des prestations pour le dernier évènement de rechercher un accord.

Le Dr H\_\_\_\_\_ a dans un premier temps exposé que la nécessité d'une intervention stabilisatrice était évidente de longue date, compte tenu du nombre important de

---

luxations (avis du 20 février 2015). Par la suite, il a admis qu'aucun document n'indiquait qu'une opération aurait été proposée au recourant avant l'épisode du 6 juillet 2013, mais a exposé qu'il n'était pas exclu qu'une telle intervention ait été évoquée oralement. Selon lui, le fait qu'un avis orthopédique ait été recommandé auprès du Dr J\_\_\_\_\_ démontre qu'il y avait déjà eu, en 2009, une réflexion sur la nécessité d'une intervention chirurgicale. Il a ajouté que lorsqu'une personne était victime de quatre ou cinq luxations, une opération devenait incontournable (avis du 13 mai 2015).

b. La chambre de céans rappelle tout d'abord que la recommandation précitée ne la lie pas. Cela étant, elle n'est d'aucun secours pour l'intimée. En effet, le rapport du 12 juillet 2009 de la Dresse I\_\_\_\_\_, laquelle préconisait que le recourant soit ausculté par un spécialiste en orthopédie, ne contient aucune référence à une éventuelle opération. De plus, si le recourant n'a pas été examiné par le Dr J\_\_\_\_\_, comme le souligne le Dr H\_\_\_\_\_, il n'en reste pas moins qu'il l'a été par un médecin praticien le 26 août 2009, lequel a uniquement prescrit le port d'une attelle et des séances de physiothérapie, ces dernières ayant été renouvelées « par prudence » en novembre 2009 « pour fin de traitement » (rapports des 18 février 2014 et 28 mars 2015 du Dr K\_\_\_\_\_).

c. Ainsi, il n'est nullement établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'une indication opératoire existait déjà avant l'événement du 6 juillet 2013.

14. Au vu de ce qui précède, l'intimée ne pouvait pas mettre fin à ses prestations au 6 octobre 2013, ni refuser la prise en charge de l'intervention du 20 décembre 2013.

Partant, le recours est admis, la décision litigieuse est annulée et l'intimée devra reprendre le versement des prestations dues au recourant.

15. Le recourant requiert que la Suva, en sa qualité d'assureur-accident au moment du précédent sinistre, soit appelée en cause dans la présente procédure.

A teneur de l'art. 71 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, ordonner l'appel en cause de tiers dont la situation juridique est susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure. Dans ce cas, la décision leur devient opposable.

D'une manière générale, dans les cantons qui comme celui de Genève connaissent cette institution de procédure, l'appel en cause permet de contraindre des tiers qui ne possèdent pas la qualité de partie faute d'en satisfaire les conditions à participer à la procédure afin de leur rendre opposable la décision, respectivement le jugement qui doit être rendu à son issue (cf. ATF 125 V 94 consid. 8b). L'appel en cause n'est pas destiné à faire intervenir ou à étendre la procédure à des personnes qui bénéficient déjà de la qualité de partie et qui ne participent pas pour une raison quelconque à la procédure. Il vise bien plutôt à préjuger un rapport de droit entre l'appelé en cause et une partie principale dans une procédure pendante entre les parties principales. Dans la mesure où il a pour fonction d'éviter le déroulement d'une autre procédure sur les mêmes questions litigieuses, l'appel en cause est dicté

par un souci d'économie de procédure. Il permet également de prévenir le prononcé de décisions ou jugements contradictoires. Le tiers appelé en cause doit naturellement posséder la capacité d'être partie et la capacité d'ester (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 47/02 du 25 août 2003 consid. 3.2.1).

En l'occurrence, compte tenu de l'issue du litige, il ne sera pas donné suite à la demande d'appel en cause sollicitée par le recourant.

16. Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. a LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H LPA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 2 mars 2015.
4. Dit que l'intimée doit reprendre le versement des prestations dues au recourant au-delà du 6 octobre 2013.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Alicia PERRONE

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