

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1391/2012

ATAS/1209/2012

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 octobre 2012**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur K \_\_\_\_\_, domicilié à Meyrin

recourant

contre

AXA WINTERTHUR, Sinistres Suisse romande, sise Chemin de  
Primerose 11, Lausanne

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et  
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Monsieur K\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1982, travaille auprès de la Banque X\_\_\_\_\_ SA en tant que trader. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par AXA WINTERTHUR (ci-après l'assureur ou l'intimée).
2. A la suite d'une chute en snowboard sur l'épaule gauche le 17 février 2008, il s'est rendu au service des urgences de l'Hôpital de la Tour, où le Dr. L\_\_\_\_\_ spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic provisoire de suspicion de luxation de l'épaule gauche auto-réduite.

Il a été adressé au Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, pour la suite du traitement. Le 9 juin 2008, celui-ci a adressé son rapport à l'attention de la NATIONALE SUISSE ASSURANCE, assureur-accidents de l'assuré qui était employé à cette époque par Y\_\_\_\_\_ SA. Il y a indiqué qu'un traitement par physiothérapie de renforcement de la coiffe des rotateurs devant durer de quatre à six semaines selon l'avis chirurgical du Dr. N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique avait été mis en place. Il demandait l'avis de ce dernier quant à l'indication d'une chirurgie. Il a également mentionné, sous la rubrique "remarques": "Patient présentant une instabilité congénitale des deux épaules. S'est déjà luxé le côté droit par le passé".

3. Le 3 janvier 2011, l'assuré a dû à nouveau consulter au service des urgences de l'Hôpital de la Tour, où la Dresse O\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une suspicion de luxation gléno-humérale gauche traumatique, réduite, suite à une chute en snowboard avec l'épaule en extension intervenue la veille. Dans son rapport subséquent du 21 novembre 2011 concernant cette même consultation, elle a indiqué qu'un fragment de glène s'était déplacé par rapport aux clichés radiologiques de 2008. A la question de savoir quelles causes entraînent en considération pour les symptômes actuels, elle a répondu "accident", tout en relevant que son patient avait déjà souffert par le passé d'atteintes similaires à la santé. Un gilet orthopédique était préconisé et une évaluation par le Dr. P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, était proposée.
4. Une déclaration d'accident LAA a été adressée le 4 janvier 2011 par l'employeur de l'assuré à son assureur, AXA WINTERTHUR (ci-après l'assureur ou l'intimée).
5. Une arthro-IRM de l'épaule gauche de l'assuré, pratiquée le 19 janvier 2011, a mené aux conclusions suivantes: précision de séquelles d'instabilité gléno-humérale antéro inférieure, comprenant une lésion de Bankart osseuse sous la forme d'un fragment glénoïdien antéro inférieur avulsé évalué à 15 mm de hauteur, englobé dans un remaniement en partie fibrocicatriciel capsulo-ligamentaire, accompagné

d'une désinsertion plus proximale du labrum et d'une impaction de Hill Sachs récente dans une localisation typique.

6. Par rapport du 15 novembre 2011 à l'attention de l'assureur, le Dr. P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une luxation récidivante (2<sup>ème</sup> épisode) avec une lésion du bourrelet antéro-inférieur de l'épaule gauche de l'assuré. Il a indiqué "statu quo" concernant l'évolution du cas, et mentionné, au point concernant les éventuelles circonstances sans rapport avec l'accident ayant joué un rôle dans cette même évolution, le premier épisode de luxation survenu trois ans auparavant. Enfin, il a proposé une stabilisation antérieure par voie arthroscopique de l'épaule gauche.
7. Le 17 novembre 2011, le Dr. P\_\_\_\_\_ a procédé à la stabilisation susmentionnée avec retension et shift du complexe capsulo-ligamentaire inférieur et antéro-inférieur. Dans son rapport opératoire du même jour, il a posé le diagnostic post-opératoire d'«avulsion complète du complexe capsule ligamentaire inférieur et antéro-inférieur donc du bourrelet glénoïdien épaule gauche avec quelques fragments cartilagineux libres intra-articulaires et inclusion de quelques fragments ostéo-chondral dans les tissus mous».
8. Le Service des Sinistres Suisse Romande de l'assureur (ci-après SSSR) a demandé l'avis de son médecin-conseil, le Dr. Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main. Ce dernier a établi un rapport daté du 17 février 2012 sur la base de l'examen du dossier médical et des radiographies de l'assuré.

Il a tout d'abord mis en avant le fait que ce dernier présentait une instabilité congénitale des deux épaules, avec épisodes de luxation bilatérale, d'abord à droite, puis à gauche le 17 février 2008. Il a également indiqué que les radiographies effectuées suite à l'accident du 2 janvier 2011 mettaient en évidence un fragment détaché au bord inférieur de la glène, déjà visible sur les radiographies de 2008, et a souligné qu'au niveau de l'épaule gauche, l'assuré présentait une instabilité congénitale ainsi qu'un épisode de luxation antérieur en 2008 qui avait guéri avec un état labile et précaire, de sorte qu'il fallait compter à tout moment avec une détérioration (relaxation), que ce soit en raison d'une dynamique de la pathologie elle-même ou en raison d'une réaction à un événement quelconque (chute, choc).

Selon lui, l'accident du 2 janvier 2011 était donc un événement de causalité aléatoire qui avait réactivé temporairement cet état pathologique préexistant d'instabilité, pour lequel le statu quo sine avait dû être retrouvé au plus tard après six mois. En conclusion, l'intervention chirurgicale faite le 17 novembre 2011 était en lien de causalité avec l'instabilité chronique ancienne de cette épaule, à charge de l'assureur accidents de 2008, voire de l'assurance-maladie en raison de l'anomalie congénitale relevée dans le rapport du Dr. M\_\_\_\_\_ de juin 2008.

9. Par décision du 28 février 2012, l'assureur a informé l'assuré que son service médical avait conclu qu'à compter du 3 juillet 2011, ses douleurs n'avaient plus de rapport avec l'accident survenu le 2 janvier de la même année, et que les prestations versées au titre de l'assurance-accidents obligatoire étaient donc suspendues avec effet à cette même date. Une copie de cette décision était envoyée à sa caisse-maladie (ASSURA) pour examen de la prise en charge des frais ou prise en charge provisoire, ainsi qu'à la NATIONALE SUISSE ASSURANCE.
10. Le 13 mars 2012, l'assuré a formé opposition contre la décision suscitée, contestant l'intégralité de son contenu et notamment le fait qu'il présentait une instabilité congénitale aux deux épaules, dans la mesure où il n'avait jamais eu de luxation à l'épaule droite. L'assureur n'avait d'ailleurs que des radiographies de son épaule gauche dans son dossier, et aucun des médecins qu'il avait consultés n'avait jamais fait référence à une telle pathologie.

Il a également indiqué que le Dr. M\_\_\_\_\_ ne l'avait pas examiné et que lui-même n'avait jamais rencontré le Dr. N\_\_\_\_\_. Ce dernier ne pouvait donc pas avoir donné d'avis chirurgical au médecin généraliste.

En outre, entre l'accident de février 2008 et celui de janvier 2011, il n'avait eu aucun épisode de sub-luxation des épaules, gauche ou droite, le traitement de physiothérapie suivi en 2008 lui ayant permis de retrouver 100% des capacités d'utilisation de son épaule.

Il a par ailleurs expliqué que l'opération de l'épaule suite à l'accident de janvier 2011 n'avait eu lieu qu'en novembre de la même année pour des raisons professionnelles, l'importance du poste qu'il occupait auprès de son employeur et la violence de la crise financière traversée en Europe lui interdisant toute absence prolongée jusqu'à l'automne 2011, et que l'objet même d'une intervention chirurgicale à l'Hôpital de la Tour avait été examiné et accepté au préalable par l'assureur, ce sans quoi l'opération n'aurait pas pu avoir lieu.

Il a enfin conclu en demandant à l'intimée de revoir son jugement sur son cas et de contacter le Dr. P\_\_\_\_\_ en ce qui concernait les détails techniques et scientifiques de l'opération.

11. Le 16 avril 2012, l'assureur a rappelé les observations et conclusions de son médecin-conseil, a indiqué que le rapport de ce dernier devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, a rappelé qu'une indication opératoire avait déjà été envisagée en 2008 par le Dr. M\_\_\_\_\_ et a rejeté l'opposition formée par l'assuré.
12. Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2012 adressé à la NATIONALE SUISSE ASSURANCE, le Dr. M\_\_\_\_\_, qui avait rédigé le rapport d'accident du 9 juin 2008, a indiqué avoir commis, à l'époque, l'erreur d'évoquer une instabilité congénitale des épaules,

ce qui ne correspondait pas au cas de son patient. Il a souligné que les lésions induites lors de cet accident n'étaient donc que la résultante de ce dernier. Il a ajouté pour le surplus que le Dr. P\_\_\_\_\_, qui avait opéré son patient le 17 novembre 2011, et dont le rapport était à la disposition de l'assureur, pouvait corroborer cette relation de cause à effet.

13. L'assuré a adressé un courrier non signé à l'assureur le 9 mai 2012 pour contester la décision sur opposition du 16 avril 2012.

Il a tout d'abord indiqué, concernant la remarque faite par le Dr. M\_\_\_\_\_ dans son rapport d'accident du 9 juin 2008, que ce dernier s'était trompé de patient, le rapport ayant été rédigé plus de trois mois après la dernière consultation du 28 février 2008, ce que le médecin avait confirmé dans sa lettre du 1<sup>er</sup> mai 2012 à la NATIONALE SUISSE ASSURANCE, dont il joignait une copie.

Il s'est également étonné de ce que l'assureur n'avait pas contacté cette dernière, en rappelant les recommandations d'application de la LAA et de l'OLAA de l'Association suisse d'assurances concernant le conflit négatif de compétence et les lésions corporelles assimilables à un accident, et a requis son assureur d'assumer l'ensemble des frais liés à son opération.

14. Par courrier du 10 mai 2012, l'assuré s'est également adressé à la Cour de céans, expliquant qu'après avoir soumis une première opposition à la décision de son assureur, et ayant reçu une décision sur opposition le 16 avril 2012, il se voyait contraint de saisir cette dernière pour que son cas soit jugé de manière objective et juste. Il a notamment joint audit courrier les échanges écrits avec son assureur.

15. Le 11 mai 2012, l'intimée a transmis à la Cour de céans le courrier du recourant du 9 mai 2012 et ses annexes.

16. Par écriture du 4 juin 2012, l'intimée a persisté dans les termes de sa décision sur opposition et conclu au rejet du recours formé par le recourant - s'en rapportant à justice quant à la recevabilité de ce dernier en raison du défaut de motivation - et à l'appel en cause de la NATIONALE SUISSE ASSURANCE.

Elle reprend les arguments contenus dans sa décision sur opposition et considère que la Cour de céans est en mesure de se prononcer sur la base des pièces du dossier, sans qu'il soit nécessaire de procéder à de plus amples investigations.

Elle conclut que l'intervention chirurgicale était en lien de causalité avec l'instabilité chronique ancienne à charge du précédent assureur LAA du recourant, l'anomalie congénitale étant une erreur de plume du Dr. M\_\_\_\_\_. Ce dernier avait en effet requis un avis orthopédique quant à l'indication d'une chirurgie en 2008.

17. Invité par la Cour de céans à faire part de ses éventuelles remarques et joindre toutes pièces utiles, l'assuré a déposé une copie de la garantie d'hospitalisation qui avait été adressée par l'intimée à l'Hôpital de la Tour le 4 novembre 2011.
18. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1).

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 recours a été interjeté dans le délai de recours de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA).
4. Dans sa réponse du 4 juin 2012, l'intimée a soulevé une exception d'irrecevabilité du recours, pour défaut de motivation, tout en s'en rapportant à justice sur ce point.

Selon l'art. 61 LPGA, la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10). L'art. 61 let. b LPGA précise cependant que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.

La règle de l'art. 61 let. b LPGA découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales (MEYER-BLASER, La LPGA - Les règles de procédure judiciaire, in: La Partie générale du droit des assurances sociales, Colloque de l'IRAL 2002, 2003, p. 32). C'est pourquoi le juge saisi d'un

recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. A cet égard, la jurisprudence a précisé qu'il y a lieu d'accorder un délai convenable en application de l'art. 61 let. b LPGA non seulement dans les cas où l'acte de recours est insuffisamment motivé mais également en l'absence de toute motivation pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours; demeure réservé l'abus de droit (ATF 134 V 162; ATF non publié 9C\_248/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1; ATF non publié 8C\_828/2009 du 8 septembre 2010, consid. 6.2). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que l'existence d'un éventuel abus de droit pouvait être admise plus facilement lorsque l'assuré était représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours (ATF 134 V 162 consid. 5.1).

En l'espèce, le recourant s'est contenté d'adresser une lettre à la Cour de céans, accompagnée des échanges de correspondance avec l'intimée, dont sa lettre non signée du 9 mai 2012 à l'intention de cette dernière. Il ressort toutefois de cette même lettre, et encore plus, des courriers adressés à l'intimée, que le recourant conteste la décision sur opposition du 16 avril 2012 et le refus, par l'intimée, de prester au-delà du 3 juillet 2011. Cette dernière ne s'y est d'ailleurs pas trompée, dans la mesure où elle a transmis à la Cour de céans le courrier du recourant du 9 mai 2012 sur la base de l'article 30 LPGA, qui prévoit la transmission obligatoire à l'organe compétent, par les organes de mise en œuvre des assurances sociales, des demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. En outre, les motifs de la contestation du recourant ressortent clairement des courriers suscités.

La Cour de céans admettra donc la recevabilité du recours, ce d'autant plus que le recourant n'est pas représenté par un avocat.

5. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 2 juillet 2011 et, singulièrement, sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 2 janvier 2011 et les troubles du recourant subsistant après cette date.
6. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).
- b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un

---

accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: 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 et h) les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et les références).

Pour ces lésions, toutes les conditions constitutives de l'accident - à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure - doivent être réalisées (ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2).

D'après la jurisprudence, une luxation constitue un déboîtement d'articulation au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF non publié 8C\_1019/2009 du 26 mai 2010, consid. 5.2; ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 3.3).

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

d) 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. 2.2; ATF 125 V 460 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; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

e) 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75; ATF non publié 8C\_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

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 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En revanche, en ce qui concerne les lésions assimilées à un accident, on peut rappeler que cette notion a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident, et qu'ainsi, les assureurs-accidents LAA doivent 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 étant 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 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 2c; ATF 114 V 298 consid. 3c).

Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront donc assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (ATF non publié 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références; ATF non publié 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2 et les références; ATFA non publié U 162/2006 du 10 avril 2004, consid. 4.2).

Dans ce cadre, le Tribunal fédéral a précisé que 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 à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voyait pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'hypothèse où il existe également un facteur extraordinaire. Dans un tel cas, la question du lieu de causalité des affections diagnostiquées chez un assuré doit être donc examinée à l'aune de l'art. 9 OLAA et non sur la base de la vraisemblance prépondérante (ATF non publié 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2; ATF non publié 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 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. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, 2000, p. 268).
- b) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.
- c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références).

d) 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 ainsi 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. Étant 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) Par ailleurs, 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).

8. En l'espèce, l'intimée s'est basée sur le rapport du 17 février 2012 du Dr. Q\_\_\_\_\_, qui est le seul à s'être prononcé sur le lien de causalité, pour mettre un terme à ses prestations. Il y a donc lieu de déterminer si l'on peut reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport.

La Cour de céans considère que tel n'est pas le cas.

En effet, contrairement aux réquisits de la jurisprudence suscitée ce document ne contient qu'une anamnèse - médicale, personnelle, professionnelle - du recourant particulièrement sommaire. On peut mentionner à titre d'exemple le fait que le Dr. Q\_\_\_\_\_ fait mention d'une luxation de l'épaule droite sans indiquer la date à laquelle elle aurait eu lieu, les conséquences, l'éventuel traitement, etc. En outre, il ne fait aucune description des plaintes du recourant, ni une étude fouillée des points litigieux. Le Dr. Q\_\_\_\_\_ considère ainsi que la luxation antérieure de 2008 a guéri avec un état labile et précaire et que le recourant souffre d'une instabilité chronique de l'épaule gauche, mais ne motive aucunement ces appréciations, alors même qu'elles fondent - concomitamment avec l'instabilité congénitale -, l'argument du médecin concernant un état maladif préexistant.

D'autre part, le Dr. Q\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de luxation de l'épaule gauche sur la base du dossier médical du recourant. Une telle lésion correspond à

une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'article 9 al. 2 OLAA si elle résulte d'un facteur extérieur.

Il n'est pas contesté en l'espèce qu'un tel facteur - l'accident du 2 janvier 2011 - a causé cette même lésion. Le Dr. Q\_\_\_\_\_ déclare ainsi que "[L]'événement du 2.1.2011 était donc un événement de causalité aléatoire qui a réactivé temporairement cet état pathologique préexistant" et a quoi qu'il en soit admis implicitement le lien de causalité entre ce dernier et la luxation de l'épaule gauche de l'assuré dans la mesure où il s'est prononcé sur l'évolution vers un *statu quo sine* de cette même atteinte.

De ce fait, au vu de la jurisprudence susmentionnée, même si la chute en snowboard du recourant peut être considérée comme un facteur extérieur extraordinaire, une telle évolution doit être examinée à l'aune de l'art. 9 al. 2 OLAA, et non sur le degré de vraisemblance prépondérante. Cela a pour conséquence que le *statu quo sine* n'est atteint, dans un tel cas, que lorsque le caractère exclusivement maladif ou dégénératif de la lésion est manifeste. En l'occurrence, le Dr. Q\_\_\_\_\_ - qui s'est contenté d'indiquer que le *statu quo sine* "a dû être retrouvé" au plus tard après 6 mois, et que l'opération de novembre 2011 devait donc être à la charge de l'assureur de 2008 ou de l'assureur maladie - n'a donc pas affirmé qu'un tel caractère était manifeste.

Cela vaut d'autant plus que l'état maladif préexistant avancé par le Dr. Q\_\_\_\_\_ n'est pas motivé - comme expliqué ci-dessus pour ce qui concerne l'état de guérison de l'épaule gauche du recourant et l'instabilité chronique de cette dernière - et repose sur un document erroné - en ce qui concerne l'instabilité congénitale, et potentiellement aussi, en ce qui concerne l'indication à une chirurgie en 2008 déjà.

En effet, le Dr. Q\_\_\_\_\_ a établi son rapport uniquement sur la base du dossier médical du recourant, sans l'avoir préalablement examiné, même brièvement. Toutefois, comme indiqué ci-dessus, la jurisprudence n'exclut pas la valeur probante de telles appréciations, à la condition que le rapport en cause contienne suffisamment d'appréciations médicales, qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré. La question de savoir si en l'espèce, le dossier contient suffisamment de tels rapports peut rester ouverte. Il apparaît en effet que l'un de ces documents, fondant l'un des postulats de base du rapport du Dr. Q\_\_\_\_\_, à savoir que le recourant souffre d'une instabilité congénitale est erroné.

En effet, le Dr. M\_\_\_\_\_ a attesté, par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2012, de ce qu'il avait commis une erreur, en 2008, en évoquant une instabilité congénitale des épaules du recourant, dans la mesure où cela ne correspondait pas au cas de ce dernier.

Il sera précisé à ce stade que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF

121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 193 consid. 4; ATFA non publié I 392/03 du 25 août 2003). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les références).

En accord avec ce qui précède, la Cour de céans prendra en considération la lettre susmentionnée, dans la mesure où les faits auxquels elle fait référence sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue, et au demeurant, antérieurs à cette même décision.

Par conséquent, le rapport du Dr. Q \_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une valeur probante, ce dont l'intimée aurait dû se rendre compte en faisant preuve de l'attention requise par les circonstances.

Cela vaut d'autant plus que le recourant avait déjà souligné dans son opposition, soit postérieurement aux conclusions du Dr. Q \_\_\_\_\_ mais préalablement à la décision *sub judice*, que le Dr. M \_\_\_\_\_, médecin généraliste, n'avait pas examiné son épaule avant d'établir son rapport, qu'il avait contesté présenter une instabilité congénitale, avait affirmé n'avoir jamais eu de luxation à l'épaule droite ni rencontré le Dr. N \_\_\_\_\_, et mis en évidence que de ce fait, ce dernier n'avait pas pu donner un avis chirurgical le concernant. Il avait enfin expliqué qu'aucun des médecins qu'il avait consultés n'avait fait état d'une instabilité congénitale, et qu'entre l'accident de 2008 et celui de 2011, il n'avait eu aucun épisode de luxation de l'épaule gauche, ni de la droite, et que le traitement de physiothérapie suivi en 2008 lui avait permis de retrouver 100% des capacités d'utilisation de son épaule.

9. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans conclut que l'intimée ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en toute connaissance de cause, respectivement, disposait d'éléments erronés, de sorte que la décision sur opposition du 16 avril repose sur un état de faits incomplet, respectivement, faux, et doit, par conséquent, être annulée.

Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire

judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210).

En l'espèce, la Cour de céans estime qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin qu'elle procède à une instruction médicale complémentaire par le biais d'une expertise indépendante, afin, tout d'abord, d'établir avec exactitude l'anamnèse du recourant et déterminer de manière circonstanciée et motivée si l'on peut effectivement parler d'état maladif préexistant. Il conviendra ainsi de déterminer si le recourant avait également souffert d'une luxation de l'épaule droite dans le passé - et si oui, à quelle date, avec quels conséquences et traitement -, de vérifier, auprès des Dr. M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ si un avis chirurgical avait effectivement été demandé en 2008 en lien avec l'épaule gauche du recourant - et si oui, quelles en étaient les conclusions et quelles sont les raisons pour lesquelles une opération n'a pas eu lieu -, d'évaluer l'évolution de la luxation de l'épaule gauche du recourant entre 2008 et 2011, et enfin, d'évaluer si le recourant souffrait d'instabilité chronique ou pas.

Il siéra également d'identifier les plaintes du recourant.

Cela fait, il faudra déterminer si les troubles subsistant après le 2 juillet 2011 sont en lien de cause à effet avec l'évènement du 2 janvier de la même année, singulièrement, si le caractère exclusivement maladif ou dégénératif de ces troubles est manifeste, et dans un tel cas, à partir de quelle date.

Ainsi, la décision sur opposition du 16 avril 2012 est annulée et le recours partiellement admis, en ce sens que le dossier est renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision de AXA WINTERTHUR du 28 février 2012 et sa décision sur opposition du 16 avril 2012.
3. Renvoie la cause à AXA WINTERTHUR pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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