

## **GE\_GERICHTE A/1233/2015 vom 21. September 2015**

GE Cour de justice, 2015-09-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1233\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1233_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/1233/2015 du 21 septembre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/1233/2015 del 21 settembre 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 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. Copie de ces documents ont été transmis au recourant le 31 août 2015. 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.

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).>![endif]>![if> 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 :>![endif]>![if> 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

### **E. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles,

mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (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).

!endif> 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'évènement 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.