

GE_GERICHTE A/965/2014 vom 22. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_965_2014

FR: GE_GERICHTE A/965/2014 du 22 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE A/965/2014 del 22 ottobre 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.10.2014
A/965/2014

A/965/2014 ATAS/1093/2014 du 22.10.2014 (LAA) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/965/2014
ATAS/1093/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22
octobre 2014 4 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Madame
B_____, à CHENE-BOURG, représenté par C_____ SA recourant contre HELSANA
ACCIDENTS SA, Droit des assurances Romandie, sise avenue de Provence 15,
LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le
recourant), né le _____ 1989, travaille pour le compte de la Fondation de l'école D_____
à Genève depuis le 1 er septembre 2011. A ce titre, il est assuré contre les accidents et
maladies professionnels ainsi que contre les accidents non professionnels auprès d'Helsana
accidents SA (ci-après l'assureur ou l'intimé).! [endif]>! [if> 2. Par déclaration
d'accident bagatelle du 23 juillet 2013, l'employeur a annoncé à l'assureur un accident
survenu en date du 19 juin 2013. En faisant de l'escalade, l'assuré a glissé et en voulant se
rattraper sur le mur d'escalade, il s'est déboîté l'épaule gauche. Les premiers soins ont été
donnés par le docteur E_____, de l'unité d'orthopédie et de traumatologie à Confignon.
! [endif]>! [if> 3. L'arthro-IRM de l'épaule gauche pratiquée le 23 juillet 2013, a montré
une lésion de Hill Sachs (lésion de la tête humérale) d'allure récente avec présence d'un
œdème ainsi qu'une lésion de Bankart osseux avec un aspect émoussé du rebord glénoïdien
antéro-inférieur et un œdème d'allure également récente, un détachement du labrum
antéro-inférieur qui n'est plus reconnaissable de manière certaine traduisant une lésion de
Bankart (lésion capsulo-ligamentaire) cartilagineuse associée. Les rapports articulaires
étaient néanmoins conservés, la tête humérale était en face de la glène. ! [endif]>! [if> 4.
Dans un rapport du 16 août 2013 adressé à l'assureur, le docteur F_____, spécialiste FMH
en chirurgie orthopédique, a informé le médecin-conseil que le patient avait bénéficié en
2008 d'une stabilisation de l'épaule gauche, que l'évolution avait été favorable avec, il y a
trois ans, un épisode de récurrence qui avait été traité par physiothérapie. Depuis le mois de
juin 2013, l'assuré a présenté à trois reprises une luxation de cette épaule dans les
mouvements d'abduction en rotation externe. Au regard du bilan radiologique montrant une
récurrence de la lésion et devant l'instabilité persistante malgré la physiothérapie, le médecin a
préconisé une stabilisation chirurgicale avec une butée de type Latarjet. ! [endif]>! [if>
5. Par avis du 2 septembre 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie
orthopédique, médecin-conseil, a considéré que l'événement est susceptible de luxer
l'épaule, « mais dans le cas de luxations récurrentes et déjà une première opération de
stabilisation ». Dans ce contexte, on se trouve dans le cas d'une aggravation mais passagère.
Le problème est que sur dossier il est impossible de définir si le statu quo sine peut se faire
avant l'opération prévue ou après cette dernière. Le médecin-conseil a estimé qu'une

expertise était nécessaire. ![/endif]>![if> 6. Dans un rapport du 6 septembre 2013, l'inspecteur des sinistres a relevé que l'assuré exerce une fonction d'assistant de professeur dans toutes les matières. Concernant la situation médicale, il a noté qu'un premier événement était survenu en septembre 2005 lors d'un match de football, puis par la suite l'assuré a subi huit à neuf luxations de l'épaule gauche avec une opération à l'Hôpital de Fribourg en 2006. Une nouvelle luxation a eu lieu en 2007 avec une opération en 2008 à la Clinique de La Colline. Par la suite l'assuré a présenté deux autres luxations. ![/endif]>![if> 7. L'assureur a mandaté le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour expertise. Dans son rapport du 10 octobre 2013, l'expert, après avoir requis des renseignements notamment radiologiques auprès des divers intervenants thérapeutiques, a relaté l'historique médical concernant l'épaule gauche depuis 2007. Il a diagnostiqué une instabilité récidivante après luxations itératives et stabilisations chirurgicales itératives de l'épaule gauche. Selon l'expert, l'événement du 2 juin 2013 a consisté en une nouvelle luxation de l'épaule gauche, sur une articulation instable, déjà opérée à deux reprises et pour laquelle suite à la récurrence après la deuxième intervention chirurgicale il avait déjà été proposé une intervention de stabilisation que l'assuré a refusée pour des raisons professionnelles. Le bilan radiologique de 2013 n'a pas montré de nouvelle lésion, on voit une contusion osseuse sur la tête humérale et une petite contusion osseuse au niveau de la glène. Ces signes sont pathognomoniques de la luxation récente, il existe également des stigmates liés aux interventions chirurgicales précédentes. Rapidement, dans les jours qui ont suivi la luxation et les investigations, l'assuré a récupéré une mobilité complète, les douleurs ont disparu et il a recommencé bouger et à utiliser son épaule de façon normale. En date de l'expertise, à part une appréhension aux mouvements provoqués de luxation, le statu est, à part un tiroir antérieur un peu augmenté, dans les limites de la norme. Selon l'expert, il s'agit clairement d'un statu quo sine, l'épaule gauche ayant retrouvé son état antérieur à l'événement, c'est-à-dire une instabilité après chirurgie itérative pour luxations récidivantes, pour lesquelles il avait clairement été proposé une stabilisation en 2009, que l'assuré avait refusée. Le Dr H_____ a donc fixé un statu quo sine à la date de l'expertise, l'état antérieur étant exclusivement et manifestement seul cause de la pathologie. L'état de santé est actuellement stabilisé totalement vis-à-vis de l'événement du 2 juin 2013. ![/endif]>![if> 8. Le 21 octobre 2013, le Dr G_____ a considéré qu'il s'agissait d'une bonne expertise et qu'il convenait de suivre ses conclusions. ![/endif]>![if> 9. Par décision du 22 octobre 2013, l'assureur a mis fin aux prestations jusqu'au 6 septembre 2013, motif pris que selon les conclusions de l'expertise du Dr H_____, l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été vraisemblablement sans la survenance de l'accident, compte tenu de l'évolution classique de l'état pré-existant, a été atteint au plus tard le jour de l'expertise. Par conséquent, les traitements au-delà de cette date ne sont plus en rapport avec le sinistre annoncé et il n'existe plus aucun droit aux prestations légales dès le 7 septembre 2013. ![/endif]>![if> 10. L'assuré, représenté par son mandataire, a formé opposition en date du 19 novembre 2013, motif pris que l'assureur n'a pas été à même d'apporter la preuve que le statu quo ante ou sine était atteint. L'expert a par ailleurs commis des erreurs au niveau de l'anamnèse et a ignoré la nouvelle lésion subie ensuite de l'accident du 19 juin 2013. ![/endif]>![if> 11. Le nouveau mandataire de l'assuré a informé l'assureur, par courrier du 14 février 2014, qu'un retrait de l'opposition n'était pas possible, que l'expertise comportait des erreurs, que la butée de type Latarjet ne lui aurait pas été proposée en 2009 et que l'épaule gauche n'aurait pas montré d'instabilité avant l'événement. L'assuré a produit en annexe un courrier du Dr F_____ du 28 janvier

2014 aux termes duquel le patient est suivi à sa consultation depuis avril 1998 pour des épisodes de luxation d'épaule gauche. Il a été opéré en octobre 2007 à Fribourg pour une instabilité de l'épaule qui a récidivé quelques mois après. Le Dr F_____ a effectué une reprise chirurgicale selon une technique de Bankart ouvert le 26 novembre 2008 avec une évolution satisfaisante jusqu'au 27 septembre 2009, date à laquelle le patient a été victime d'un nouveau traumatisme au jouant au football avec nouvel épisode de luxation, alors qu'auparavant la situation était normalisée. Le Dr F_____ a repris en charge ce traitement de manière conservatrice dans un premier temps, en expliquant alors au patient qu'une prise en charge pour une butée chirurgicale serait proposée en cas de décompensation ultérieure, ce qu'il a fait le 20 novembre 2013 en raison de l'instabilité persistante et handicapante.

12. Dans une note du 24 février 2014, le médecin-conseil de l'assureur s'est rallié aux conclusions de l'expert, ajoutant que le fait que la première opération ait eu lieu en 2007 et non pas en 2006 ne change rien quant aux suites de cette dernière, il ne s'agit pas d'un fait significatif justifiant d'invalider l'expertise. De même, le moment où l'opération de Latarjet a été pratiquée n'est pas important non plus. Le status à la deuxième opération a montré un émoussement du bord osseux qui ne pouvait que conduire à une luxation, avec ou sans événement accidentel (causalité aléatoire). De plus, le fait que le patient n'ait pas ressenti d'instabilité est probablement lié à l'arrêt complet des sports à risque durant son séjour en Angleterre.

13. Par décision du 3 mars 2014, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition de l'assuré, considérant que la pathologie qui perdure au-delà du 6 septembre 2013 est en rapport de causalité exclusive avec une pathologie antérieure traumatique séquellaire et multi-opérée, de sorte qu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que les causes accidentelles du 19 juin 2013 ne jouent plus de rôle dans l'état de santé actuel de l'opposant.

14. Par télécopie du 18 mars 2014, le mandataire de l'assuré a communiqué copies des dernières pièces réunies, soit :

- une appréciation du 12 février 2014 émise à l'attention du mandataire de l'assuré par le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-conseil, qui considère qu'il faut clarifier la question de la luxation de 2005 et de l'intervention chirurgicale qui s'en est suivie et de confronter le Dr F_____ avec l'hypothèse que l'intervention récemment effectuée était déjà prévue ;

- un courrier adressé par le Dr F_____ au mandataire de l'assuré en date du 6 mars 2014, dans lequel il confirme que le patient était venu le voir le 28 septembre 2009 pour un nouvel épisode de luxation de l'épaule gauche consécutif à un traumatisme. Il a été pris en charge conservativement avec une immobilisation de trois semaines et une rééducation, avec une évolution qui a été jugée favorable le 11 février 2010. A ce moment, le patient était satisfait de la situation. Le médecin lui avait expliqué que la situation pouvait demeurer satisfaisante sans nouvel épisode de luxation, auquel cas on pourrait considérer qu'il soit guéri, mais qu'en cas de récurrence, il faudra alors discuter de la possibilité d'une intervention chirurgicale de stabilisation ;

- une appréciation établie le 18 mars 2014 par le Dr I_____ à l'attention du mandataire de l'assuré selon laquelle au vu des antécédents et du rapport du Dr F_____ du 6 mars 2014, aucune intervention chirurgicale à l'épaule gauche n'était planifiée avant la luxation de juin 2013, le médecin l'avait seulement envisagée en cas de récurrence. Cet état de fait contredit l'affirmation du Dr H_____ qui indique que l'intervention chirurgicale avait d'emblée été proposée.

15. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours en date du 2 avril 2014. Il conteste la décision de l'intimé, relevant que ce dernier n'a pas cherché à clarifier les aspects médicaux, relevant au surplus que ni le rapport de l'inspecteur du 6

septembre 2013, ni le rapport d'expertise du Dr H_____ ne lui ont été envoyés pour qu'il émette d'éventuels commentaires sur leur contenu. Quant à la dernière appréciation du Dr G_____ du 24 février 2014, elle a certes été retranscrite dans le cadre de la décision sur opposition, mais il n'a pas eu l'occasion de s'exprimer sur son contenu. Le recourant rappelle que les prestations légales lui ont été servies dans un premier temps, puisque les liens de causalité naturelle et adéquate avaient été initialement admis. Dans le cas d'une lésion assimilée, 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. Pour le surplus, la suppression des prestations ne peut être admise que si l'administration apporte la preuve que les troubles en question ne sont plus en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré, c'est-à-dire que le statu quo ante ou sine est atteint. En l'absence de preuve, la suppression des prestations n'est pas possible. Concernant l'expertise du Dr H_____, le recourant relève que l'anamnèse n'est pas la même selon que l'on se réfère au rapport de l'inspecteur de sinistres ou à celui de l'expert. Aucune intervention chirurgicale n'a eu lieu en octobre 2007, le rapport de l'inspecteur de sinistres évoque deux nouveaux épisodes de luxation de l'épaule gauche depuis l'intervention de 2008, alors qu'il n'y en a eu qu'un seul, celui de fin septembre 2009. Il conteste également l'évolution de la situation à partir de 2009 telle que décrite par l'expert. En effet, à partir de février 2010, le recourant allait bien et s'il n'a plus pratiqué le football, il est néanmoins resté actif sportivement. Par conséquent, il y a bien eu une période de répit de plus de trois ans depuis février 2010 et la possibilité d'une intervention chirurgicale de stabilisation n'avait été évoquée que dans la mesure où il présenterait une récurrence, ce qui fut le cas le 19 juin 2013. Selon le recourant, l'accident du 19 juin 2013 a conduit à une lésion Hill Sachs et a endommagé irrémédiablement une articulation certes déjà touchée, mais stable depuis plus de trois ans. La constatation erronée des faits a conduit l'expert à considérer qu'un statu quo sine était atteint alors que tel n'était pas le cas. L'expertise du Dr H_____ n'est pas suffisamment fiable et ne permet donc pas de mettre un terme aux prestations légales. Le recourant conclut à l'annulation de la décision sur opposition et à la condamnation de l'intimé à verser les prestations légales pour les suites de l'accident au-delà du 6 septembre 2013, sous suite de frais et dépens. 16. Dans sa réponse du 5 mai 2014, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant aux pièces du dossier et, plus particulièrement à l'expertise du Dr H_____ ainsi qu'à l'avis de son médecin-conseil, le Dr G_____. Selon l'assureur, l'expertise a été établie par un spécialiste reconnu sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, l'expert a clairement motivé, recherches médicales à l'appui, l'étiologie dorénavant dégénérative de cette épaule. Il a ainsi clairement précisé que la pathologie qui perdurait au-delà du 6 septembre 2013 était en rapport de causalité exclusive avec une pathologie manifestement dégénérative. Quant aux reproches formulés à l'encontre des erreurs de dates figurant dans l'expertise, les erreurs ont pour origine l'expert qui s'est trompé en indiquant les mauvaises années à l'expert. Cela étant, selon l'avis du médecin-conseil, cette différence de date n'invalide nullement les conclusions de l'expertise et le recourant n'explique pas non plus en quoi une différence d'une année aurait guéri son épaule des multiples luxations préalables. 17. Par réplique du 27 mai 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions. 18. Par duplique du 18 juin 2014, l'intimé a persisté également dans ses conclusions, se référant au courrier du Dr H_____ du 7 avril 2014 dans lequel ce dernier relève que les imprécisions des dates découlent des explications du recourant. 19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi

sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).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.² 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 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des articles 56ss LPGA.³ 4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à mettre fin à ses prestations au 6 septembre 2013, motif pris que le statu quo sine était atteint.⁴ 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).⁵ 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 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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c) Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). 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). 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, le Conseil fédéral 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. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). Il sied de rappeler que 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 ; 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 (ATF non publié 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 (ATF non publié 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2 et les références citées). 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 (cf. arrêts 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2, 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2, 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2, et 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). 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 doit 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 (ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références citées; ATF non publié 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2). b) 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 malade 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 malade 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). Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). 7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a). b) 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; ATF non publié 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). c) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 8. En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que le recourant a subi une luxation de l'épaule gauche suite à l'événement accidentel survenu en date du 19 juin 2013. Une luxation constitue de toute évidence une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, de sorte que l'obligation de prester de l'intimé est établie. L'intimé considère toutefois, en se référant à l'expertise du Dr H_____, que le statu quo sine a été atteint le 6 septembre 2013, jour de l'examen, de sorte que sa responsabilité n'est plus engagée au-delà de cette date. Il soutient que la pathologie qui perdure est en rapport de causalité exclusive avec une pathologie manifestement dégénérative. Dans son rapport d'expertise, le Dr H_____ explique que la problématique de l'épaule gauche du recourant remonte à 2005, avec un premier épisode de luxation traumatique au football, avec un traitement conservateur. L'évolution a été marquée par une instabilité majeure. Suite à un nouvel épisode de luxation post-traumatique, une reprise chirurgicale de l'épaule gauche a été effectuée en 2006 à l'Hôpital de Fribourg, sous forme d'une stabilisation selon Bankart arthroscopique. Suite à une nouvelle luxation de l'épaule gauche à l'occasion d'un choc contre un adversaire au football, le Dr F_____ a pratiqué, en 2008, une intervention chirurgicale sous forme d'un Bankart par arthrotomie. Les suites immédiates sont simples, la rééducation dure environ dix mois et le recourant a récupéré une épaule gauche fonctionnelle et indolore. Puis en 2009, suite à un nouveau choc au football, le recourant se luxa à nouveau l'épaule gauche et consulte à nouveau le Dr F_____, qui constate la récurrence, l'échec de sa technique opératoire et propose alors d'emblée, au vu d'une réapparition importante de l'instabilité, une autre technique chirurgicale, à savoir une intervention de Latarjet. Selon l'expert, c'est après qu'il ait bien

visualisé l'importance de l'émoussement et du defect osseux dans la partie antéro-inférieure de la glène – facteur majeur de luxation – que le Dr F_____ a proposé une intervention chirurgicale selon cette nouvelle technique, que le recourant a refusée. L'expert conclut qu'en 2008, il existait clairement un defect de la partie antéro-inférieure de la glène, osseux, fibro-cartilagineux, associé à une distension ligamentaire, soit un état antérieur. Selon le Dr H_____, dès lors que le bilan radiologique de 2013 n'a pas montré de nouvelle lésion et que dans les jours qui ont suivi la luxation l'assuré a récupéré une mobilité complète, que les douleurs ont disparu et qu'à part une appréhension aux mouvements provoqués de luxation, le status est dans les limites de la norme, il s'agit clairement d'un statu quo sine à la date de l'expertise, l'épaule gauche ayant retrouvé son état antérieur à l'évènement, à savoir une instabilité après chirurgie itérative pour luxations récidivantes. Le médecin-conseil de l'intimé partage l'avis de l'expert, considérant que le status à la 2^{ème} opération a montré un émoussement du bord osseux qui ne pouvait que conduire à une luxation avec ou sans évènement accidentel. De son point de vue, il s'agit d'une récurrence précoce due à un échec thérapeutique. Le recourant conteste en premier lieu le fait que le Dr F_____ lui aurait proposé d'emblée une opération de stabilisation, qu'il aurait refusée. Il allègue que les faits relatés par l'expert sont inexacts, de même que l'anamnèse. De plus, l'expert a totalement ignoré la nouvelle lésion Hill Sachs survenue suite à l'évènement du 19 juin 2013. L'accident a ainsi endommagé une articulation certes déjà touchée, mais stable depuis plus de trois ans. La chambre de céans constate que le Dr J_____, spécialiste FMH, du Centre d'Imagerie Rive gauche, qui a pratiqué une arthro-IRM de l'épaule gauche en date du 23 juillet 2013, a constaté une lésion Hill Sachs d'allure récente, une lésion de Bankart osseux avec aspect émoussé du rebord glénoïdien antéro-inférieur et œdème d'allure également récente, ainsi qu'un détachement du labrum antéro-inférieur qui n'est plus reconnaissable de manière certaine traduisant une lésion de Bankart cartilagineux associée. Quant à la radiographie effectuée le 20 août 2013, elle montre un status après lésion de Bankart osseux, une lésion de Hill Sachs, l'ensemble traduisant un status après luxation antéro-inférieure de l'épaule actuellement réduite. Il résulte par ailleurs du courrier du 28 janvier 2014 établi par le Dr F_____ qu'en 2009, suite au nouveau traumatisme, il avait pris en charge ce traitement de manière conservatrice, et expliqué au patient qu'une prise en charge pour une butée chirurgicale serait proposée en cas de décompensation ultérieure. Le 6 mars 2014, il a précisé qu'après l'épisode de luxation du 28 septembre 2009, l'évolution avait été satisfaisante et qu'il avait expliqué au patient que la situation pouvait demeurer satisfaisante sans nouvel épisode de luxation - auquel cas on pouvait considérer qu'il soit guéri -, mais qu'en cas de récurrence, il faudra alors discuter de la possibilité d'une intervention chirurgicale de stabilisation. Il apparaît ainsi que contrairement à ce que semble retenir l'expert, il n'était pas question d'une intervention déjà décidée et programmée que le recourant aurait refusée. Selon le Dr F_____, ce n'est qu'à la suite du dernier traumatisme que l'intervention chirurgicale de type Latarjet a été effectuée. La chambre de céans relève ensuite que contrairement à ce que l'intimée indique dans la décision litigieuse, l'expert H_____ n'a nullement parlé d'un état dégénératif préexistant, mais uniquement d'une luxation sur une articulation instable, déjà opérée à deux reprises. Sur ce point, il convient de constater que selon le Dr F_____, l'épaule est demeurée stable pendant trois ans, sans nouvel épisode de luxation. Ensuite, selon les pièces du dossier, la luxation en cause ici est intervenue suite à l'évènement traumatique du 19 juin 2013 et non pas spontanément. Il convient aussi de relever une autre contradiction lorsque l'expert affirme qu'il n'y a eu pas de nouvelle lésion, alors que l'arthro-IRM de l'épaule

gauche a mis en évidence des lésions d'allure récente, élément qui laisse supposer qu'il existe bel et bien une nouvelle lésion. Dans l'hypothèse d'un état préexistant, il convient de déterminer clairement si et dans quelle mesure il a été aggravé par l'événement accidentel du 19 juin 2013. Au vu des contradictions susmentionnées, la chambre de céans ne peut se rallier sans autre aux conclusions de l'expert mis en œuvre par l'intimée. Il convient, comme le suggère le Dr K_____, de clarifier la situation médicale du recourant au regard des faits exposés par le Dr F_____, des examens radiologiques et de l'IRM pratiqués en juillet et août 2013, et de déterminer en particulier si une nouvelle lésion est survenue à la suite de l'accident du 19 juin 2013. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une nouvelle expertise, conformément à la procédure.

9. Le recours est partiellement admis et la décision querellée annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

10. Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

11. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.

Au fond : 2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision sur opposition du 3 mars 2014 et renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.

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