

# **GE\_GERICHTE ATAS/1085/2018 vom 20. November 2018**

GE Cour de justice, 2018-11-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1085\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1085_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1085/2018 du 20 novembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1085/2018 del 20 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).

### **E. 3**

Dans un premier temps, la SUVA a informé l'assurée qu'elle considérait que le fait de frapper sur un sac d'entraînement, même violemment, ne correspondait pas à un accident, au sens de l'art. 4 LPGA et lui a dès lors conseillé de déclarer le cas à son assurance-maladie. L'assurée avait en effet déclaré avoir effectué un faux mouvement en faisant du sport le 9 août 2017 et avoir souffert d'une inflammation du coude gauche. Dans un second temps toutefois, la SUVA a admis que la notion d'accident était remplie au vu des précisions apportées par l'assurée le 26 septembre 2017, mais a nié le lien de causalité, ce qu'elle a confirmé dans sa décision du 10 octobre 2017. Dans sa décision sur opposition en revanche, elle est revenue sur la notion d'accident. Le litige porte ainsi sur la question de savoir si l'assurée a été victime le 9 août 2017 d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, singulièrement si la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire peut être admise, et dans l'affirmative, si un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement assuré et les troubles dont souffre l'assurée peut être établi, ou du moins rendu vraisemblable.

### **E. 4**

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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'évènement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3). b. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de

l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut

A/396/2018 - 7/16 - objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maléfiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b). c. Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2). d. Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF non publié 9C\_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas

A/396/2018 - 8/16 - d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (ATF non publié 8C\_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve

recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

#### **E. 5**

L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) dans sa teneur en force jusqu'au 31 décembre 2016, adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : des fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). La jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b).

#### **E. 6**

Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications

A/396/2018 - 9/16 - pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_752/2016 du 3 février 2017 consid. 5.2.2 destiné à la publication et 8C\_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

#### **E. 7**

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses 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) (cf. RAMA 1994 no U 206 p. 328 consid. 3b, 1992 no U 142 p. 75). 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

A/396/2018 - 10/16 - de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF 8C\_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). 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 et 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

## **E. 8**

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations,

l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. 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

A/396/2018 - 11/16 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). b/bb. 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). b/cc. 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. cc). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet

effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF non publiés 9C\_12/2012 consid. 7.1, 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, 9C\_973/2011 du 27 février 2012 consid. 3.2.1, 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.3). 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 A/396/2018 - 12/16 - 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).

## **E. 9**

a. En l'espèce, si l'on se réfère à la toute première déclaration du 31 août 2017 de l'assurée selon laquelle elle a effectué un faux mouvement en faisant du sport, qui a causé une inflammation du coude gauche, force est de constater qu'elle n'a alors pas subi un accident au sens de l'art. 4 LPGa. Quand bien même, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c), la chambre de céans tiendra compte, tout comme la SUVA du reste, des précisions apportées ultérieurement par l'assurée selon lesquelles le sac d'entraînement est revenu en arrière violemment, qu'elle n'a pas pu le freiner et qu'elle a été blessée au bras gauche en voulant se protéger. La condition du facteur extérieur est indubitablement réalisée au vu de ces explications. Il s'agit ensuite de déterminer si ce facteur extérieur est extraordinaire. b. Dans un arrêt 8C\_726/2009 du 30 avril 2010, le Tribunal fédéral avait à se prononcer sur l'existence d'un facteur extraordinaire dans le cas d'un infirmier qui s'était fait mal au niveau des cervicales en se retournant brusquement pour tenter de retenir une patiente, qui s'était levée de sa chaise roulante. Le Tribunal fédéral a considéré que si la condition du facteur extérieur était réalisée au travers du mouvement de torsion brusque effectué par l'infirmier, ce mouvement ne revêtait pas un caractère extraordinaire justifiant d'admettre la survenance d'un accident. La rotation effectuée dans la précipitation pour retenir une patiente n'était pas inhabituelle pour un infirmier et il n'apparaissait pas non plus que le mouvement non coordonné se soit déroulé de manière non programmée, en tant qu'un fait extérieur particulier serait venu interférer celui-ci (consid. 5). Dans un arrêt 8C\_1019/2009 du 26 mai 2010 qui concernait une aide-soignante qui s'était blessée à l'épaule en rattrapant une caisse de livres qui lui avait glissé des mains, le Tribunal fédéral a considéré que le déroulement naturel du mouvement corporel n'avait pas été modifié par un phénomène non programmé et que rien n'indiquait non plus une sollicitation de l'organisme plus élevée que la normale. Le facteur extérieur n'était pas suffisamment inhabituel pour supprimer l'influence de l'élément endogène, in casu une instabilité chronique de l'épaule (consid. 5.1.2). En revanche, dans l'arrêt 8C\_194/2015 du 11 août 2015, le Tribunal fédéral a admis un accident s'agissant d'un assuré qui avait subi une lésion à l'épaule droite en mettant en place un rouleau de moquette sur une étagère, lequel avait glissé et lui avait « tiré le bras ». Le cas d'espèce se distinguait des deux précités (8C\_726/2009 et 8C\_1019/2009), car le

mouvement corporel de l'assuré avait été interrompu par un phénomène non programmé, à savoir la chute du rouleau de moquette. Ce

A/396/2018 - 13/16 - phénomène avait provoqué chez l'assuré un mouvement brusque et incontrôlé au niveau du membre supérieur droit, d'une certaine intensité, compte tenu de sa soudaineté et surtout du poids – notoirement élevé – d'un rouleau de moquette. Il en était résulté une sollicitation du corps bien plus importante que la normale, que l'on ne pouvait considérer comme habituelle pour un poseur de sols. Dans l'arrêt non publié du TFA du 30 décembre 2003, cause U 165/03, celui-ci a jugé que le moment consistant dans le passage de la position ventrale à la position verticale lors d'un saut en parachute se produisait lors de chaque ouverture d'un parachute. Ce mouvement n'avait pas toujours lieu avec la même intensité, mais dépendait de différents facteurs, tels que la position du corps, le pliage du parachute et des conditions météorologiques et pouvait se dérouler tantôt doucement ou tantôt brusquement. Les forces qui agissaient sur le corps dépendaient de la façon dont s'ouvrait le parachute. Selon le TFA, ce mouvement lors de l'ouverture du parachute était inhérent à ce sport et en principe toujours identique. Il constituait ainsi pour le parachutiste un déroulement de mouvements naturels. Même s'il se déroulait de façon particulièrement intense, il ne constituait pas un déroulement non programmé du mouvement. Certes, des forces élevées pouvaient agir sur le corps, lorsque le parachute s'ouvrait comme une "explosion", comme allégué par l'assuré dans l'affaire jugée par notre Haute Cour, et produire un effet de frein supérieur à l'habituel. Cependant, le déroulement du mouvement n'était pas modifié de ce fait, mais uniquement intensifié. Partant, le TFA n'a pas admis un facteur inhabituel et ainsi nié l'existence d'un accident au sens de la loi. Enfin, dans un arrêt du 19 juin 1986 (ATF 112 V 201), le Tribunal fédéral a jugé que le fait de se casser une dent en mangeant une tarte aux cerises de sa propre confection, préparée avec des fruits non dénoyautés, ne constitue pas un accident; le dommage dentaire n'a pas été causé par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. c. En l'espèce, il n'apparaît pas, au vu de la jurisprudence susmentionnée, qu'un quelconque facteur extraordinaire ait marqué l'évènement du 9 août 2017. Le retour d'un sac d'entraînement fait en effet partie d'un entraînement normal de boxe frappe/esquive, étant rappelé que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Il importe peu à cet égard que le facteur extérieur soit considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des situations et des événements que l'on peut objectivement qualifier d'habituels. On ne saurait admettre qu'il y ait eu en l'espèce un mouvement excédant le cadre habituel d'un entraînement de boxe.

#### **E. 10**

a. Il n'y a pas d'accident lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

A/396/2018 - 14/16 - b. Or, en l'espèce, le médecin des urgences de La Tour a conclu, le 14 août 2017, à une probable épicondylite latérale gauche. Il ne fait état ni de chute, ni de traumatisme direct du membre supérieur gauche. Il convient d'ajouter que l'échographie du coude gauche du 25 août 2017 a été réalisée pour une suspicion d'épicondylite, sans qu'il soit fait allusion à un élément traumatique. Des radiographies du coude gauche ont été prises le 14 août 2017 pour « traumatisme indirect du côté gauche », mais n'ont révélé ni fracture déplacée ou dislocation, ni épanchement articulaire, ni corps étranger radio-opaque.

Le médecin d'arrondissement de la SUVA, constatant que les images échographiques montrent une tendinopathie du coude gauche sans rupture tendineuse, ni calcification tendineuse, a retenu une atteinte malade, soit une épicondylite. Il a par ailleurs expliqué, dans ses rapports des 5 octobre et 4 décembre 2017, que l'épicondylite était une affection fréquente du membre supérieur dont l'étiologie est multifactorielle, que parmi les étiologies, les processus dégénératifs jouent un rôle essentiel, et que la prédisposition individuelle peut également participer à cette pathologie. c. Force est d'observer que les rapports rédigés par le Dr B\_\_\_\_\_ ne permettent pas de s'écarter des conclusions du médecin d'arrondissement. Celui-ci se contente en effet de rapporter les propos tenus par l'assurée, à savoir « la patiente dit avoir subi un traumatisme... » (rapport du 26 septembre 2017). Certes a-t-il posé le diagnostic de tendinopathie post-traumatique du coude gauche, il y a toutefois lieu de rappeler que « post-traumatique », en général, se réfère à l'élément temporel et non pas à la causalité (ATF 8C\_524/2014 du 20 août 2014 et 8C\_400/2014).

#### **E. 11**

a. L'assurée conteste la valeur probante de l'appréciation du médecin d'arrondissement. b. Elle ne comprend en particulier pas comment un médecin d'arrondissement pourrait valablement contredire deux médecins qui ont déclaré la blessure comme un accident et non comme une maladie. Il y a toutefois lieu de rappeler que la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA est une notion juridique, de sorte que la qualification donnée par les médecins ne suffit pas pour considérer qu'il y a ou non accident. c. L'assurée relève également que le médecin d'arrondissement ne l'a pas examinée. Les rapports de l'assureur ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale

A/396/2018 - 15/16 - (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical. Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du

#### **E. 14**

Force en conséquence est de confirmer que la SUVA n'a pas à répondre des lésions subies lors de l'évènement survenu le 9 août 2017. Aussi le recours est-il rejeté.

A/396/2018 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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