

# **GE\_GERICHTE ATAS/1460/2012 vom 4. Dezember 2012**

GE Cour de justice, 2012-12-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1460\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1460_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1460/2012 du 4 décembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1460/2012 del 4 dicembre 2012

## **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 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).

### **E. 3**

Le recours a été interjeté dans le délai de recours de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance des suites de l'événement du 7 février 2010, et singulièrement sur l'existence d'un événement accidentel ou d'une lésion assimilée à un accident.

### **E. 5**

a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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. Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions (une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, le caractère extraordinaire du facteur extérieur), qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte

A/2706/2012 - 8/14 - dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). b) Le critère du facteur extérieur extraordinaire 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 du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé »). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine, 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 (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). En particulier, dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un événement particulier (ATF 130 V 118 consid. 2.2 et les arrêts cités). Dans le cadre du sport, à titre d'exemple, le Tribunal fédéral des assurances a bien qualifié de cause extérieure la modification de la pression subie par le corps humain dans l'exercice de la plongée (arrêt R. du 7 février 1984, U 32/82 publié dans CNA 1984 n° 2, p. 3) ou en cas d'accélération de la pesanteur lors du brusque changement de la trajectoire d'un avion (arrêt non publié F. du 28 juin 2002, U 370/01), il a en revanche nié le caractère extraordinaire de ces facteurs extérieurs. Il en va de même d'une roulade effectuée au cours d'une leçon de gymnastique ayant entraîné des douleurs dans la nuque (arrêt non publié Winterthur du 28 juin 2002, U 98/01), des effets d'un tour en manège forain (RAMA 1996 n° U 253 p. 205 consid. 6a) ou d'un freinage d'urgence en voiture sans collision (arrêt non publié X du 3 août 2000, U 349/99), ayant conduit à une distorsion de la colonne cervicale. De même, l'exécution légèrement imparfaite d'une figure de gymnastique ou d'un mouvement dans l'exercice d'un sport ne constitue pas, selon la jurisprudence, un accident au sens de la loi (arrêts non publiés SWICA du 21 septembre 2001, U 134/00; S. du 1er avril 1998, U 304/97), le choc ressenti en raison du mauvais positionnement du corps lors de la pénétration dans l'eau à l'occasion d'un plongeur d'une hauteur de sept mètres, n'a pas été qualifié de facteur extraordinaire (arrêt non publié du 10 décembre 2002, U 17/02). Le Tribunal fédéral a retenu que le fait de subir une charge contre la balustrade au cours d'un match de hockey sur glace peut être considéré comme un mouvement non programmé excédant ce que l'on peut objectivement qualifier de normal et

A/2706/2012 - 9/14 - habituel ("mouvement non coordonné"), de sorte que l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire a été admise dans ce cas (ATF 130 V 118). Il a estimé que dans la mesure où il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la culbute sur le caisson effectuée s'est déroulée de manière non programmée, le caractère extraordinaire et partant l'existence d'un accident doivent être niés (arrêt n.p. du 14 avril 2005, U 164/04). Il a estimé que, par rapport aux mouvements de la vie quotidienne, le basketball présente à l'évidence un potentiel de danger accru (course, accélérations, mouvements brusques en avant, en arrière et de côté, arrêts brusques). Même pour une personne qui pratique régulièrement ce sport, cela ne représente pas des gestes de la vie courante, comme le fait de se déplacer dans une pièce, se lever, se coucher ou s'asseoir. Une

brusque rotation du haut du corps dans une phase de jeu plus ou moins critique (sous le panier), alors que les pieds restent fixes, constitue une sollicitation du corps plus importante que la normale, ce qui permet d'admettre que la condition du facteur extérieur est remplie par ce mouvement plus ou moins antinomique. Toutefois, ce mouvement ne constitue pas un mouvement du corps non coordonné, qui survient quand le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, de sorte que le facteur extraordinaire a été nié (arrêt n.p. du 12 mars 2008, 8C\_180/2007)

## **E. 6**

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance- accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et les références). Pour ces lésions, toutes les conditions constitutives de l'accident - à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure - doivent être réalisées (ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2). D'après la jurisprudence, une luxation constitue un déboîtement d'articulation au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF non publié 8C\_1019/2009 du 26 mai 2010, consid. 5.2; ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 3.3).

## **E. 7**

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une

A/2706/2012 - 10/14 - importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, 2000, p. 268). b) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). d) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut ainsi accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). e) Sauf dispositions contraires de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

A/2706/2012 - 11/14 - 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).

## **E. 8**

En l'espèce, l'assurance a décidé à juste titre que le fait de frapper fortement, voire violemment une balle lors d'un service au tennis n'avait pas le caractère extraordinaire de la cause extérieure indispensable pour admettre l'existence d'un accident au sens de la loi et de la jurisprudence. Il ne fait pas de doute, à l'instar de la situation du basketteur, que la torsion du corps, le moulinet du bras, puis la forte frappe de la balle à toute volée remplit la condition du facteur extérieur, car il ne s'agit pas de gestes de la vie courante. Toutefois, le service fait partie intégrante du déroulement normal d'une partie de tennis, que ce soit de compétition ou lors de l'échange de balles entre amis. Le fait que le service soit violent est habituel entre joueurs de tennis expérimentés et est nécessaire pour gagner le point. En admettant même que le service eût été mal exécuté (mauvaise position du corps ou torsion anormale du bras en raison d'un mauvais lancer de la balle), ce qui n'est pas allégué, cela ne constituerait pas pour autant une cause extérieure extraordinaire, à défaut d'avoir par exemple été heurté par quelqu'un lors de la frappe ou d'avoir trébuché. Sur ce point, la décision querellée est bien fondée. S'agissant de la lésion assimilée à un accident, l'assurance se fonde sur l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ pour exclure l'existence d'une luxation, ce qui correspond à un déboitement de l'articulation selon l'art. 9 al. 2 OLAA. Or, l'avis de ce médecin n'est pas convaincant à plusieurs égards. Tout en admettant que l'IRM pratiquée le

6 janvier 2011 montre des lésions compatibles avec une luxation, il nie son existence sur la base de suppositions. Dans un premier temps, il justifie sa position par le fait qu'il est impossible de réduire seul une luxation. Cet avis est peut-être exact, mais encore faut-il dans ce cas le justifier, par exemple en se fondant sur la littérature médicale, compte tenu de l'objection motivée du Dr M\_\_\_\_\_ sur ce point. Le Dr N\_\_\_\_\_ en déduit donc que l'assuré doit cacher l'existence d'un autre évènement et, malgré le fait que l'épisode de 2000-2001 ne soit pas élucidé (on ne sait pas si l'assuré a alors subi une luxation ou une sub-luxation, à défaut de rapport médical et d'imagerie), il affirme sans motivation que les lésions sont dues à cet accident-là, tout en retenant que les deux évènements sont comparables. Ce point de vue est pour le moins contradictoire, car si les évènements sont comparables et que les lésions sont bien dues à une luxation, celui de 2010 implique donc une luxation, de sorte qu'il faut ensuite expliquer pourquoi les troubles litigieux seraient plutôt dus à celui de 2000-2001. Alors que l'assuré a toujours indiqué avoir continué à pratiquer le tennis après l'évènement de 2000-2001, et en particulier lors de

A/2706/2012 - 12/14 - l'examen par le Prof. L\_\_\_\_\_ en avril 2010, soit avant tout litige, le Dr N\_\_\_\_\_ fonde son avis sur la supposition, d'abord, que l'assuré n'a pas pu continuer à jouer, puisqu'il a tout de même dû "faire attention" durant 10 ans. Finalement, le Dr N\_\_\_\_\_ conclut que l'assuré a connu de multiples épisodes de luxation, en se fondant sur le courrier du Dr M\_\_\_\_\_ du 8 août 2011, alors que ce dernier mentionne la capacité de réduire "leurs épisodes de luxation" de certains de ses patients sans qu'il s'agisse de l'assuré. Pour l'ensemble de ces motifs, l'avis du Dr N\_\_\_\_\_, qui comporte des contradictions et qui est fondé pour partie sur des suppositions, n'est pas probant. De surcroît, au stade de l'instruction par l'assurance, non seulement le Dr M\_\_\_\_\_, mais également le Prof. L\_\_\_\_\_, ont conclu à l'existence d'une luxation lors de l'évènement de février 2010, en se fondant sur l'anamnèse et sur l'imagerie. Leurs conclusions sont nuancées, en ce sens qu'ils ne nient pas que l'épaule droite connaissait une condition préexistante avant l'évènement de 2010, mais confirment le lien entre celui-ci et les lésions notamment en l'absence de trouble entre 2000 et 2010, de sorte que la guérison a été complète. De même, ces deux spécialistes confirment qu'après la luxation du 7 février 2010, l'assuré a connu une multiplication d'épisodes de sub-luxation, son épaule ne se remettant pas, malgré la physiothérapie, le taping et l'absence de service, à la différence de la situation après l'évènement de 2000-2001. Ainsi, ces deux avis sont suffisamment motivés et fondés sur des éléments objectifs, écartés sans raison par le Dr N\_\_\_\_\_, pour que l'on doute du bien-fondé de l'avis de ce dernier. Il s'avère toutefois que la Cour ne peut pas trancher le litige sur la seule base de ces deux avis, car il n'est pas encore établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ait subi une luxation en février 2010. En particulier, la Cour de céans ne peut pas déterminer, sans substituer son avis à celui des médecins, s'il est véritablement possible de réduire seul et quelles manœuvres doivent être pratiquées dans le cas d'une luxation du type de celle subie par l'assuré le 7 février 2010, compte tenu des explications claires de l'assuré, selon lequel l'épaule s'était remise d'elle-même sans mouvement particulier. De même, il subsiste un doute sur les luxations ou subluxations subies par l'assuré entre 2000 et 2010 et leurs éventuelles suites.

## **E. 9**

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans conclut que l'intimée - tout comme la Cour - ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en toute connaissance de cause, respectivement, s'est fondée sur un avis empreint de suppositions, de sorte que la décision

sur opposition du 6 juillet 2012 repose sur un état de faits incomplet, est mal motivée, et doit, par conséquent, être annulée. Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder

A/2706/2012 - 13/14 - lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210). En l'espèce, la Cour de céans retient que l'intimée devait réaliser que l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ n'était pas probant, compte tenu des conclusions pertinentes du Dr M\_\_\_\_\_ et du Prof. L\_\_\_\_\_, de sorte qu'il lui appartenait de poursuivre l'instruction, en interrogeant l'assuré, le Dr M\_\_\_\_\_ et le Dr N\_\_\_\_\_ sur l'ensemble des accidents, lésions, consultations spécialisées et bons de physiothérapies ou d'imageries délivrés entre 2000 et 2010 (le cas échéant en exigeant de l'assuré une attestation de l'assurance-maladie concernant les éventuels physiothérapeutes consultés afin de les interroger sur les troubles traités). Un fois cet élément de l'anamnèse définitivement établi, l'intimée devait solliciter l'avis d'un autre expert, afin de répondre aux questions en suspens s'agissant de savoir si l'assuré a subi une luxation ou une sub-luxation le 7 février 2010 et notamment s'il est possible qu'il l'ait réduite seul. Si la luxation est retenue, les conditions de l'art. 9 al. 2 OLAA sont réalisées, dès lors que le facteur extérieur est admis, sauf à retenir que les lésions objectivement constatées peuvent être attribuées sans aucun doute à un autre événement traumatique, voire à une maladie dégénérative. La cause sera renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants.

#### **E. 10**

Ainsi, le recours est partiellement admis, la décision du 6 juillet 2012 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. L'assuré obtenant partiellement gain de cause, une indemnité limitée à 1'500 fr, lui est allouée, l'activité du mandataire étant limitée à la rédaction d'un acte de recours.

A/2706/2012 - 14/14 - 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.