

GE_GERICHTE ATAS/747/2024 vom 1. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_747_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/747/2024 du 1 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/747/2024 del 1 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Selon 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. À teneur de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège. L'existence d'un for au lieu de la succursale peut être admise lorsqu'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Tel est notamment le cas lorsque l'assuré a travaillé pour la succursale d'une société, dans un canton différent du siège principal. Il s'agit là d'une compétence alternative, dès lors qu'il

A/834/2024 - 7/12 - est uniquement question de faciliter l'action en justice et que rien n'empêche un justiciable de saisir le tribunal du canton de l'établissement principal (ATF 144 V 313 consid. 6.5). En l'occurrence, le recourant est domicilié en France et le siège de l'employeur se situe dans le canton de Vaud. Celui-ci a toutefois également des bureaux à Genève, lieu où le recourant a effectué ses missions, de sorte que la chambre de céans est également compétente à raison du lieu.

E. 1.3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. 2. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de la part de l'intimée pour les troubles qu'il présente au genou gauche. 3. 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 (al. 1). L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (al. 2) : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). Selon l'art. 3 al. 1 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un

examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputée 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. Conformément à l'art. 9 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent (al. 1). Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (al. 2). Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (al. 3).

A/834/2024 - 8/12 - L'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) relatif aux maladies professionnelles prévoit que les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA sont énumérées à l'annexe 1. 3.1 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'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.31 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.1). 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. Pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur. Encore faut-il que ce facteur puisse être qualifié d'extraordinaire. Cette condition est réalisée lorsque le facteur extérieur excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 134 V 72 consid. 4.1 ; 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 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). 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 malades 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). 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 ; arrêt

du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2 et les références). 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). Le Tribunal fédéral a, dans un arrêt récent, nié le

A/834/2024 - 9/12 - facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main (arrêt du Tribunal fédéral 8C_24/2022 du 20 septembre 2022, in SVR 2023 UV n° 13 p. 40). 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). 3.2 Se fondant sur la délégation de compétence prévue à l'art. 9 al. 1 LAA, ainsi que sur l'art. 14 OLAA, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe I de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part. Selon la jurisprudence, la définition du risque assuré est des plus restrictives et la liste figurant en annexe I à l'OLAA est exhaustive (arrêt du Tribunal fédéral U 290/99 du 2 mai 2000 consid. 2a). La clause générale de l'art. 9 al. 2 LAA répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral est chargé d'établir en vertu de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 136 consid. 5a). Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est réalisée lorsque la maladie professionnelle résulte à 75% au moins de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 consid. 2b). En d'autres termes, il faut que les cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 116 V 136 consid. 5c). 4. 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 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 pouvant être, consciemment ou non, le produit de

A/834/2024 - 10/12 - réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, déjà cité, consid. 4.3). 5. En l'espèce, l'intimée considère que l'événement annoncé ne constitue ni un accident, faute de facteur extérieur extraordinaire, ni une lésion assimilée, en l'absence d'une déchirure du tendon, ni une maladie professionnelle, compte tenu des explications de ses médecins-conseils. 5.1 Dans son courriel du 12 avril 2023, le recourant a indiqué à l'employeur qu'il présentait des

douleurs depuis un mois, mais qu'il avait continué « à forcer » en travaillant « toute la journée » en position à genoux, comme « par exemple » chez D_____. Il n'a donc pas signalé la survenance d'un évènement particulier. Dans le formulaire relatif à l'éclaircissement des faits, l'intéressé a mentionné un mauvais appui et un trébuchement. Un tel incident n'est toutefois pas cohérent avec ses précédentes explications, ni d'ailleurs avec les autres indications contenues dans ce questionnaire, puisqu'il a noté que les douleurs étaient apparues en raison de sollicitations « en permanence », après avoir monté et descendu des escabeaux, des échelles et des nacelles de façon répétée. L'intéressé n'a d'ailleurs pas été en mesure de préciser la date à laquelle serait survenu l'accident, comme cela ressort non seulement du questionnaire transmis à l'intimée, mais également de la déclaration de sinistre. D'ailleurs, le recourant ne soutient pas, dans le cadre de la présente procédure, qu'il aurait été victime d'un mouvement non coordonné, mais relève que ses troubles sont apparus après avoir travaillé pendant plus d'un mois en position à genoux en rampant. En outre, les pièces médicales au dossier confirment l'absence de tout facteur extraordinaire. La Dre A_____ a en effet rapporté l'apparition de douleurs consécutivement à une position à genoux prolongée, et I_____ a relaté que les douleurs au genou gauche étaient survenues après que le patient avait travaillé à genoux « pendant un mois ». Dans ces circonstances, l'existence d'un mouvement non coordonné au sens de la jurisprudence peut être écartée et l'intimée était fondée à conclure que l'évènement annoncé ne répond pas aux conditions d'un accident. 5.2 La radiographie pratiquée le 11 mai 2023 a mis en évidence un petit éperon osseux sous la tubérosité tibiale antérieure au niveau de l'insertion du tendon rotulien. Le médecin traitant a ainsi retenu le diagnostic de tendinite du tendon rotulien avec une atteinte osseuse. L'IRM réalisée le 25 mai 2023 a confirmé une tendinopathie du tendon rotulien. En l'absence de toute déchirure du tendon atteint, l'intimée a conclu à juste titre que le recourant ne souffre pas d'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA, de sorte que la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident devant être prise en charge par l'assureur-accidents ne peut pas s'appliquer.

A/834/2024 - 11/12 - 5.3 Le Dr G_____ a été invité à examiner si le cas du recourant relevait d'une maladie professionnelle. Ce médecin a expliqué que l'intéressé présentait un petit éperon osseux situé sous la tubérosité tibiale antérieure du genou gauche, soit une excroissance osseuse excessive qui se formait sur une longue période. Cet éperon était vraisemblablement à l'origine des douleurs et pouvait expliquer la tendinopathie du tendon rotulien. Il a rappelé que toutes les autres structures, ligamentaire, tendineuse et méniscale, étaient normales, ce qui permettait de conclure à une atteinte purement locale. Un travail à genoux, ainsi que la montée et la descente fréquente d'escaliers ou d'escabeaux, n'étaient pas susceptibles d'entraîner le développement d'un éperon osseux ou d'une tendinopathie focale du tendon rotulienne d'autant plus que l'intéressé avait débuté l'activité en cause depuis moins de trois mois. En outre, l'atteinte ne concernait que le côté gauche. Le Dr H_____ a abondé dans ce sens, estimant que les troubles du recourant résultaient d'une lésion corporelle due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Il a précisé que le spicule osseux était une cicatrisation calcifiée de tendinite chronique, dont l'origine avait pu s'étaler sur de nombreuses années. Le recourant ne fait valoir aucun argument susceptible de remettre en cause les appréciations des médecins de l'intimée, rendues après une analyse de tous les rapports médicaux au dossier et qui sont dûment motivées. Il n'a pas davantage produit de document suggérant que ses troubles seraient dus de manière nettement prépondérante à son activité professionnelle, que ses douleurs ne seraient pas causées par

l'éperon osseux, ou encore que ce dernier aurait pu se développer en seulement deux mois, étant rappelé qu'il a commencé à travailler pour l'employeur le 9 janvier 2023 et signalé des douleurs au genou gauche dès le

E. 6

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/834/2024 - 12/12 - 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.