

GE_GERICHTE ATAS/872/2011 vom 20. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_872_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/872/2011 du 20 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/872/2011 del 20 settembre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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 l'assurance- accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

E. 3

Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales par pli postal du 19 avril 2010, le recours contre la décision sur opposition de l'assureur accidents du 3 mars 2010 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension de

A/1410/2010 - 7/11 - délais durant les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 lit a LPGA) et du report de délai échéant un samedi ou un dimanche au premier jour ouvrable suivant (art. 38 al. 3 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'évènement du 9 juin 2009 est de caractère accidentel ou non.

E. 5

Au préalable, la caisse maladie invoque la violation de son droit d'être entendu et de l'art. 49 al. 4 LPGA à l'appui de ses conclusions en annulation de la décision litigieuse. A teneur de l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. En l'espèce, la décision litigieuse n'a pas été en communiquée à la caisse maladie qui n'a ainsi pas été en mesure d'exercer son droit de recours. Ceci étant, ce vice a été réparé par l'appel en cause de la caisse maladie dans la présente procédure. Ledit appel en cause a en effet conféré la qualité de partie à la caisse maladie et lui a donné l'occasion de s'exprimer pleinement sur le sort de la

cause, après avoir pu prendre connaissance de l'ensemble du dossier. La caisse maladie a ainsi été placée dans la même situation que si elle avait reçu la décision entreprise. A ce sujet, il sera noté que l'art. 49 al. 4 LPGA n'a pas pour objet de faire participer un assureur touché par une décision à rendre à la procédure conduisant à ladite décision, mais uniquement de la lui communiquer, afin qu'il puisse, cas échéant, former recours. Les conclusions en annulation de la décision de l'assureur accidents au motif de la violation du droit d'être entendu de la caisse maladie seront ainsi rejetées.

E. 6

L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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).

A/1410/2010 - 8/11 - 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 OLAA, 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 p. 140, 145 consid. 2b p. 147). D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs est assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43). La notion de lésion corporelle 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 souvent 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 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). 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. En effet, la jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère «extraordinaire» de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4

A/1410/2010 - 9/11 - LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les

symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 p. 470)

E. 7

En l'espèce, en présence d'une rupture de la coiffe des rotateurs, l'on se trouve en présence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, ce que les parties admettent. Il s'ensuit qu'il convient de rechercher si un élément extérieur est à l'origine des lésions de l'assuré, sans qu'il ne soit nécessaire que l'élément extérieur soit extraordinaire. Selon la déclaration de l'assuré du 8 juillet 2009, la lésion est survenue alors que, dans l'exercice de sa profession de chauffeur de taxi, il sortait une valise d'environ 30 kg du coffre de son véhicule. Toujours selon sa déclaration, cette activité était habituelle et s'était déroulée dans des conditions normales, sans que rien de particulier ne se soit produit. Certes, l'assuré a par la suite expliqué dans sa détermination du 12 septembre 2010 que les valises étaient imbriquées ce qui avait nécessité de les tirer plus fortement, de sorte que le mouvement n'était pas habituel.

A/1410/2010 - 10/11 - Toutefois, 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). Il sera ainsi tenu compte de la première version de l'assuré. Il sera par ailleurs relevé que selon la détermination de l'assuré du 12 septembre 2010 et ses déclarations lors de l'audience du 7 octobre 2010, ce dernier avait l'habitude d'évaluer le poids des bagages pour avoir été bagagiste dans un hôtel lorsqu'il était plus jeune. Dans ces conditions, le caractère extérieur de l'évènement litigieux doit être nié. En effet, la manipulation de valises de clients constitue une activité habituelle pour un chauffeur de taxi, ce que ce dernier a lui-même reconnu à l'occasion de sa première déclaration. Il a également reconnu que l'évènement litigieux s'est déroulé dans des conditions normales. De surcroît, fort de son expérience, l'assuré avait été en mesure, avant d'effectuer la manipulation litigieuse, d'évaluer le poids de sa valise qui ne l'a donc pas surpris. En définitive, l'on ne discerne aucun élément extérieur à l'origine des lésions de l'assuré, de sorte que le caractère accidentel de ce dernier doit être nié.

E. 8

Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté.

A/1410/2010 - 11/11 - 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.