

GE_GERICHTE A/1358/2012 vom 15. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1358_2012

FR: GE_GERICHTE A/1358/2012 du 15 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1358/2012 del 15 novembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.11.2012 A/1358/2012

A/1358/2012 ATAS/1379/2012 du 15.11.2012 (LAA), REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1358/2012
ATAS/1379/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 15 novembre 2012 3ème Chambre En la cause Monsieur B _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric recourant contre GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, service juridique, sis rue du Nord 5, 1920 Martigny intimé EN FAIT Monsieur B _____, né en 1959, employé auprès d'une banque, est assuré à ce titre contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : l'assureur accidents). Le 10 janvier 2012, l'employeur de l'assuré a annoncé que ce dernier avait été victime d'un accident le 8 janvier 2012. L'évènement était décrit de la manière suivante : « en enfilant sa combinaison de plongée. faux mouvement, douleurs dans le dos. reprise le 10 janvier 2012 » (sic). Le 9 janvier 2012, l'assuré a consulté le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne, qui a retenu comme diagnostic : « accident de plongée (...) avec douleurs de nuque, épaules ». Interrogé par son assureur, l'assuré a répondu qu'il enfilait sa combinaison de plongée lorsqu'il avait ressenti des douleurs. Il a précisé qu'il s'agissait pour lui d'une activité habituelle, s'étant déroulée dans des circonstances extérieures normales, sans que se soit produit un événement particulier. Par décision du 12 février 2012, l'assureur a refusé de prendre en charge l'évènement du 8 janvier 2012, dont il a estimé qu'il ne pouvait être qualifié ni d'accident ni de lésion assimilée. Il a renvoyé l'assuré à son assureur maladie. Le 12 mars 2012, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant avoir fait un faux mouvement en enfilant sa combinaison. Il a expliqué qu'en passant la tête dans la collerette qui rend la combinaison étanche, sa tête avait légèrement penché à droite au moment de pousser. L'assuré a ajouté que le Dr L _____ avait tout de suite conclu à un accident. Par décision du 27 mars 2012, l'assureur a confirmé sa décision précédente. Se référant à la jurisprudence, l'assureur a considéré que la lésion s'était produite lors d'un effort n'excédant pas la norme de ceux de la vie quotidienne de l'intéressé et qu'il ne s'agissait dès lors pas d'un accident. L'assureur a fait remarquer que l'assuré, dans ses explications du 2 février 2012, n'avait pas fait mention d'un évènement particulier ; ce n'était que dans son opposition qu'il avait allégué que sa tête avait légèrement penché à droite au moment de passer la collerette. Quoiqu'il en soit, même en ce cas, l'assureur a estimé qu'on ne pouvait admettre l'existence d'une cause extérieure extraordinaire au sens de la jurisprudence. Par ailleurs, le mouvement effectué par l'assuré n'avait pas un potentiel lésionnel accru au sens de la jurisprudence applicable en matière de lésions assimilées à un accident : le fait d'enfiler ou d'ôter un vêtement - même si ce dernier est plus difficile à mettre - ne constitue pas une sollicitation du corps plus élevée que la normale, de nature à

causer fréquemment la lésion corporelle en cause. L'assureur en a tiré la conclusion que, dans le cas particulier, le facteur extérieur se confondait avec l'apparition des douleurs. Par écriture du 9 mai 2012, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en demandant que son assureur accidents soit condamné à prendre en charge les suites de l'événement du 8 janvier 2012, qu'il qualifie d'accident, et qui a eu pour conséquence une totale incapacité de travail du 9 au 10 janvier 2012. Le recourant allègue une nouvelle fois qu'en enfilant sa combinaison, sa tête a légèrement incliné à droite au passage dans la collerette et qu'elle est restée bloquée alors qu'il effectuait un mouvement de traction. L'assuré soutient que la déchirure du muscle intercostal constitue une lésion assimilable à un accident et qu'il y a bien eu facteur dommageable extérieur sous forme de changement de position du corps de nature à provoquer des lésions corporelles. En effet, selon lui, la force qu'il convient d'exercer pour passer la tête dans la collerette d'une combinaison de plongée est beaucoup plus importante que dans le cadre d'un geste quotidien tel que celui de se vêtir ; ce mouvement implique une certaine violence et une sollicitation du corps, en particulier des membres, physiologiquement plus élevée que la normale ; il ne s'agirait donc pas d'une sollicitation normale de l'organisme. A l'appui de sa position, le recourant produit un courrier du Dr M _____, chiropraticien, du 20 avril 2012, retenant le diagnostic d'« entorse costo-vertébrale avec froissement musculaire et petite déchirure du muscle intercostal externe à son attachement sur le bord inférieur de la 5^{ème} côte, proximale par rapport à l'articulation costo-vertébrale ». Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 mai 2012, a conclu au rejet du recours. En premier lieu, l'intimé fait remarquer que, selon le certificat médical du Dr L _____ du 10 janvier 2012, l'arrêt de travail s'est limité au 9 janvier 2012, soit un jour et non deux, comme allégué par l'assuré. Il ajoute que le médecin en question n'a fait mention d'aucun diagnostic médical puisqu'il n'a fait état que de douleurs. L'intimé relève que la version des faits donnée dans le recours (" Brusque mouvement de traction", " faux mouvement en passant la collerette") ne correspond pas à celle donnée par l'assuré dans sa déclaration d'accident ou dans ses réponses ultérieures au questionnaire qui lui avait été adressé. L'intimé ajoute qu'on ne saurait considérer que l'effort consenti pour passer la collerette d'une combinaison de plongée est manifestement excessif pour un habitué de plongée. Or, il n'a été fait état d'aucun fait inhabituel, imprévu, ou non programmé d'origine externe qui aurait interféré dans le déroulement de cette activité qui puisse expliquer l'apparition de douleurs. Le fait que la tête ait été légèrement penchée - s'il devait être retenu - ne suffirait de toute façon pas à admettre la réalisation d'une cause extérieure extraordinaire. Par écriture complémentaire du 29 juin 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions, en reprenant les arguments déjà développés précédemment. Il a par ailleurs contesté toute contradiction entre ses premières déclarations et ses déclarations ultérieures, alléguant qu'il s'est contenté de préciser les circonstances de l'événement. EN DROIT 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 depuis 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA). Le litige porte sur la question de savoir si les conséquences de l'évènement du 8 janvier 2012 doivent être prises en charge par l'assureur-accidents. a) On

entend par 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 (art. 4 LPGA). Cette définition de l'accident étant semblable à celle figurant 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), il convient d'admettre que la jurisprudence rendue sous l'ancien droit reste pertinente. Ainsi, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions : une atteinte dommageable, son caractère soudain, son caractère involontaire, un facteur extérieur, le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur. Ces éléments doivent tous être présents ; 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 dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). b) Cependant, conformément à l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a inclus dans l'assurance des lésions corporelles semblables aux conséquences d'un accident, qu'il a énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, Cette liste, exhaustive, comprend notamment les déchirures de muscles (art. 9 al. 2 let. d OLAA). Les lésions assimilées à un accident sont prises en charge par l'assurance, 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. 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 LPGA ; ATF 129 V 466 , ATF 123 V 43 ; RAMA 2001 U 435 p. 332.). En particulier, l'existence d'une cause extérieure - c'est-à-dire un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et revêtant une certaine importance - est indispensable. A défaut, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont considérés comme manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs dont la prise en charge incombe à l'assurance-maladie (ATF 129 V 468 consid. 4, 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 consid. 2c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 U no 435 p. 332, 1988 U no 57 p. 373 consid. 4b). 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 (ATF 123 V 44 ss consid. 2b, 116 V 147 ss consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b). c) L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (en se levant, en s'asseyant, en se couchant, en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que ce geste 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 de ce point de vue. La notion de cause extérieure suppose en effet un événement générant un risque de lésion accru. Tel est le cas, notamment, lors d'un changement de position du corps, qui est 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, accomplissement d'un geste violent ou d'un mouvement en étant lourdement chargé, changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATFA non publié du 23 novembre 2004, U 315/03). En l'espèce, il y a lieu de constater que la déchirure musculaire diagnostiquée par le Dr M_____ entre dans la liste des lésions

énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, même si l'on peut s'étonner que le Dr L _____ ne se soit pas montré plus précis lorsqu'il a été interrogé par l'intimé. L'assureur fait remarquer que l'assuré, dans ses explications du 2 février 2012, n'a pas fait mention d'un évènement particulier ; ce n'est que dans son opposition qu'il a allégué que sa tête a légèrement penché à droite au moment de passer la collerette. Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure 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). Cependant, 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 d'exclure la survenance d'un évènement 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), ce qui est le cas en l'occurrence. Les déclarations du recourant n'apparaissent en effet pas véritablement contradictoires. Il a simplement précisé au fil du temps les évènements. Reste à examiner si les conditions permettant la prise en charge par l'assurance-accidents - en particulier celle relative à la cause extérieure - sont réunies en l'espèce, ce que conteste l'intimé. L'intimé, se référant à la jurisprudence, soutient que la lésion s'est produite lors d'un effort n'excédant pas la norme de ceux de la vie quotidienne de l'intéressé. Selon lui, le mouvement effectué par l'assuré n'avait pas un potentiel lésionnel accru au sens de la jurisprudence applicable en matière de lésions assimilées à un accident : le fait d'enfiler ou d'ôter un vêtement - même si ce dernier est plus difficile à mettre - ne constitue en effet pas une sollicitation du corps plus élevée que la normale, de nature à causer fréquemment la lésion corporelle en cause. Le recourant soutient quant à lui que le mouvement accompli en enfilant sa combinaison de plongée était bel et bien de nature à provoquer des lésions corporelles. A l'appui de sa position, il se réfère notamment à la jurisprudence admettant que tel était le cas d'un brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, de l'accomplissement d'un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou encore d'un changement de position de manière incontrôlée, sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 471 consid. 4.3). En l'espèce, la Cour de céans est d'avis qu'on ne peut admettre l'existence d'un facteur dommageable extérieur distinct dans la mesure où les douleurs sont apparues alors que l'assuré enfilait une combinaison de plongée, fait dont a admis qu'il était coutumier. Même s'il s'agit d'un vêtement spécial, cela ne suffit pas à admettre qu'il ne s'agissait pas, pour l'assuré d'un geste de la vie courante, d'autant que, contrairement à ce qu'il soutient, il ne paraît pas y avoir eu sollicitation particulière du corps sous forme d'un mouvement brusque ou violent. On ne saurait admettre que le fait de passer une combinaison de plongée comporte en soi un risque plus élevé que la normale du point de vue physiologique, à moins de circonstances particulières inexistantes en l'occurrence. En particulier, le cas du recourant ne saurait être comparé à celui du plongeur enfilant des palmes « dans une mer houleuse », puisqu'en l'espèce, un tel élément, générant un risque de lésion accru, fait défaut. La comparaison avec un professeur de ski ne saurait non plus être soutenue dès lors que ce n'est pas au cours

de l'exercice à proprement d'un sport impliquant des gestes sortant de l'ordinaire que le recourant s'est blessé. L'effort consenti pour passer la collerette d'une combinaison de plongée ne paraît pas manifestement excessif et aucun fait inhabituel imprévu ou non programmé d'origine externe qui aurait interféré dans le déroulement de cette activité n'est apparu, le fait que la tête ait été légèrement penchée n'étant pas suffisant à cet égard. Il ressort des considérations qui précèdent que c'est à juste titre que l'intimé a refusé de prendre en charge les conséquences de l'évènement du 8 janvier 2012. Le recours est donc rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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