

GE_GERICHTE A/1619/2011 vom 13. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1619_2011

FR: GE_GERICHTE A/1619/2011 du 13 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/1619/2011 del 13 settembre 2011

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur D _____, domicilié, à MONNETIER-MORNEX, FRANCE recourant contre AXA ASSURANCES SA, sise chemin de Primerose 11, 1002 LAUSANNE intimée EN FAIT Monsieur D _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1963, travaille en qualité d'infirmier, spécialiste de salle d'opération, auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG). Il est assuré, à ce titre, contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée). Par déclaration d'accident du 3 mars 2009, l'employeur de l'assuré a fait annoncer à l'assurance un événement survenu en date du 27 février 2009. L'assuré avait ressenti une forte douleur au coude droit en soulevant la porte de garage de son domicile. Il souffrait d'une tendinite et était en totale incapacité de travail depuis le 27 février 2009. Par pli du 10 mars 2009, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'avant de se prononcer sur ses obligations d'indemnisation, elle devait encore éclaircir quelques points. Elle y a annexé une formule, par laquelle elle requérait de l'assuré qu'il détaille les faits, les causes et les circonstances exactes du sinistre. Par rapport initial du 12 mars 2009, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a informé l'assurance que celui-ci souffrait d'une épicondylite droite aiguë, mais qu'il n'y avait aucun trouble neurologique aux membres supérieurs ni lésion du coude. Il a relevé que l'assuré lui avait indiqué avoir une douleur aiguë à l'avant-bras droit, suite à un effort de levage d'une porte lourde dont la prise lui avait échappé. L'assuré a expliqué à l'assurance, en date du 16 mars 2009, qu'en soulevant son ancienne porte de garage, celle-ci avait dérapé et qu'en la rattrapant, il avait ressenti une vive douleur au niveau du coude droit. En date du 13 mai 2009 a été effectuée une échographie du coude droit, en raison d'une suspicion de rupture des muscles épicondyliens sur effort important. Dans son rapport daté du lendemain, le Dr M _____, spécialiste FMH en radiologie, a notamment émis l'hypothèse de la présence d'une tendinopathie pré-insertionnelle. Le 29 septembre 2009, l'assuré a subi une opération de cure d'épicondylite à ciel ouvert. Dans son compte-rendu opératoire du 5 octobre 2009, le Dr N _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin adjoint auprès de l'Unité de chirurgie de la main des HUG a posé le diagnostic d'épicondylite du coude droit, rebelle au traitement médical, et a constaté l'absence de complication. Par rapport 22 octobre 2009, ce même médecin a retenu une épicondylite post-traumatique du coude droit et une totale incapacité de travail du 29 septembre au 15 novembre 2009. Le 17 janvier 2010, ce médecin a déclaré que l'évolution était satisfaisante et que la reprise du travail pouvait avoir lieu à 50% dès le 18 janvier 2010. Par avis du 26 avril 2010, le Dr P _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a considéré que l'assuré avait présenté une douleur à l'avant-bras droit, suite à un effort de soulèvement

important, et que selon la vraisemblance prépondérante, la causalité n'était que possible entre l'apparition d'une épicondylite « loco classico » et un effort relativement banal de la vie quotidienne. Dans un rapport subséquent du 14 octobre 2010, le médecin-conseil de l'assurance a estimé, sur la base des éléments du dossier, qu'il n'y avait clairement pas eu d'élément traumatique au coude droit, et en particulier aucun choc direct sur le coude. Il s'agissait, d'après lui, uniquement d'un effort un petit peu plus marqué par la main droite. Il a ainsi retenu un diagnostic d'épicondylite banale, qui est une maladie dégénérative de l'insertion de l'aponévrose et non pas une maladie professionnelle. Il a ainsi qualifié l'atteinte de l'assuré de pathologie malade dégénérative. En date du 8 novembre 2010, l'assurance a déclaré à l'employeur de l'assuré qu'il n'existait pas de lien de causalité entre l'événement du mois de février 2009 et l'opération de septembre 2009, de sorte qu'elle allait leur faire parvenir un courrier à ce sujet. Par pli du 5 janvier 2011, l'assuré a mis en demeure l'assurance de rendre une décision concernant son droit aux prestations et a sollicité qu'elle prenne en charge les frais de toute nature résultant de l'accident survenu le 27 février 2009, soit notamment les consultations, les examens médicaux prescrits, les ordonnances, la physiothérapie et les interventions chirurgicales. Par décision du 27 janvier 2011, l'assurance a communiqué à l'assuré son refus de prendre en charge ses frais de guérison et l'incapacité de travail, dans la mesure où il souffrait d'une pathologie dégénérative (maladie) ; cependant, elle n'allait pas revenir sur les frais de guérison déjà versés, lesquels s'élevaient à 4'108 fr. 70. L'assurance a expliqué qu'elle ne pouvait allouer de prestations que s'il existait, au degré de la vraisemblance prépondérante, un rapport de causalité entre l'accident et l'affection constatée, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. En date du 24 février 2011, l'assuré a formé opposition contre ladite décision, sollicitant sa reconsidération. Il a allégué qu'en date du 27 février 2009, il avait procédé au changement de sa porte de garage, d'un poids de 120 kilogrammes. Alors que celle-ci était posée sur un support à même le sol, elle avait glissé de celui-ci pour une raison inconnue. Il avait alors voulu la rattraper avec ses mains pour éviter qu'elle ne tombe et ne soit abîmée par la chute. Il avait immédiatement ressenti une violente douleur au coude droit, sans pour autant avoir précédemment eu d'antécédents médicaux au niveau de cette articulation. Cette douleur était si vive qu'il avait dû interrompre son travail durant quelques jours. L'assuré a tout d'abord estimé qu'il existait un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et son atteinte. En effet, les faits en question étaient de nature à entraîner l'atteinte dont il avait souffert, étant précisé qu'il n'y avait pas eu de choc direct ou de blessures apparentes à ce coude. Les circonstances concomitantes de l'accident, la nature particulière des lésions physiques subies, les douleurs physiques persistantes et les difficultés apparues en cours de guérison corroboraient le fait qu'il s'agissait d'un accident. De plus, il a également évoqué l'hypothèse que son atteinte était une lésion assimilée à un accident. Par ailleurs, l'assuré a soutenu que l'assurance aurait dû rapidement rendre une décision formelle de suspension de prise en charge du traitement médical et de l'indemnité journalière, ce qu'elle n'avait fait que deux ans après la déclaration de sinistre, ce qui était inadmissible. Il a également invoqué la protection de sa bonne foi pour la prise en charge de ses frais. En effet, l'assurance avait accepté, à plusieurs reprises, de prendre en charge ses frais au titre de la LAA et n'avait pas pris de décision durant deux ans, de sorte qu'elle ne pouvait lui refuser maintenant la prise en charge de l'événement du 27 février 2009. Il a joint à son opposition : des décomptes de prise en charge de frais médicaux par l'assurance, datés des 18 mars, 27 octobre et 9 décembre 2009, lesquels portaient sur des montants de 221 fr. 60, 47 fr. 90 et 369 fr. 60 ; un certificat médical du 7 décembre 2010 établi par le Dr N _____,

lequel a attesté que l'assuré était pris en charge pour les suites d'un accident avec traumatisme violent au niveau de son coude droit, ayant occasionné une épicondylite post-traumatique. Il a souligné qu'il s'agissait d'un cas rare d'épicondylite post-traumatique et que l'histoire même de cette affection était parfaitement en accord avec une origine accidentelle. Par décision sur opposition du 2 mai 2011, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 27 janvier 2011. Elle a notamment retenu que s'il fallait admettre que la condition du facteur extérieur était réalisé au travers du mouvement brusque effectué par l'assuré en date du 27 février 2009, il ne revêtait pas un caractère extraordinaire justifiant d'admettre la survenance d'un accident. En effet, le mouvement consistant à tendre ses mains faisait partie des gestes de la vie courante et correspondait à une utilisation certes intense, mais normale de l'organisme. Ce geste n'était guère susceptible de générer un risque de lésion accru. De plus, il n'apparaissait pas non plus que le mouvement effectué par l'assuré se serait déroulé de manière non programmée, en tant qu'un fait extérieur serait venu interférer celui-ci. Partant, l'événement du 27 février 2009 ne pouvait pas être considéré comme un accident, faute de caractère extraordinaire du facteur extérieur dommageable. C'était ainsi à juste titre qu'elle avait mis fin aux prestations pour le futur. Par acte du 31 mai 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition de l'assurance, concluant à son annulation, à la prise en charge du sinistre du 27 février 2009 et à l'octroi d'une indemnité pour ses dépens et les tracasseries que lui a causé le refus de l'assurance de prendre en charge ce sinistre. Il a repris en substance le contenu de son opposition. Invitée à se déterminer, l'intimée, par réponse du 27 juin 2011, a conclu au rejet du recours. Elle a confirmé le contenu de sa décision sur opposition et a relevé que le recourant n'avait pas fait valoir l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire, de sorte qu'il n'avait pas droit au remboursement des prestations qu'il réclamait. Un délai a été accordé au recourant pour se déterminer sur l'écriture de l'intimée, délai qui n'a toutefois pas été utilisé. La cause a ainsi été gardée à juger. 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 dès le 1^{er} 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. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'intimée des suites de l'événement intervenu en date du 27 février 2009, et en particulier sur l'existence d'un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA ou d'une lésion assimilée à un accident. 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). Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (Arrêt non publié du Tribunal fédéral du 1^{er} février 2010 9C_663/2009, consid. 3.2), 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).

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 dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). 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 objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références). Ainsi, la jurisprudence a admis l'existence d'un facteur exceptionnel lorsque, en soulevant ou en poussant une charge, une lésion se produit à cause d'un effort extraordinaire, c'est-à-dire manifestement excessif. Mais 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 (ATFA 1943 p. 69 s.; MAURER, op.cit., p. 178). 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 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. 3a). Doctrine et jurisprudence se sont efforcées d'établir des catégories de lésions pour lesquelles la condition du caractère extraordinaire joue un rôle décisif dans la qualification de l'événement en cause (cf. FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit ch. 71 à 78 ainsi que les citations). c) On ajoutera que, 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 118 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement par 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). Par ailleurs, 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 117 consid. 2.2 et les arrêts cités). Selon 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. Aux termes de l'art. 9 al. 2 OLAA, édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, 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: 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). 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. 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, 116 V 145 consid. 2c p. 147, 114 V 298 consid. 3c p. 301). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt 8C_357/2007 du 31 janvier 2008). Le recourant soutient que l'événement survenu le 27 février 2011 a provoqué l'épicondylite dont il a souffert à son coude droit et qu'il constituait un événement accidentel. L'intimée considère quant à elle que la condition du facteur extérieur extraordinaire n'est pas remplie, de sorte qu'elle a nié le caractère accidentel de cet événement. Dans la déclaration d'accident du 3 mars 2009, l'employeur du recourant a indiqué que celui-ci avait ressenti une forte douleur au coude droit en soulevant la porte de garage de son domicile. De plus, sur question expresse de l'intimée concernant les circonstances exactes du sinistre, le recourant a déclaré, en date le 16 mars 2009, qu'en soulevant sa porte de garage, celle-ci avait dérapé et qu'en la rattrapant, une vive douleur s'était déclenchée à son coude droit. Cette version des faits est corroborée par le contenu du rapport initial du 12 mars 2009 du Dr L_____. Cependant, dans le cadre de son opposition du 24 février 2011, le recourant a évoqué, pour la première fois, qu'en date du 27 février 2009, il était en train de changer sa porte de garage, d'un poids de 120 kilogrammes, qu'il l'avait posée sur un support à même le sol et qu'elle avait glissé pour une raison inconnue, de sorte qu'il avait alors voulu la rattraper avec ses mains pour éviter qu'elle ne tombe et ne soit abîmée par la chute. La Cour de céans relève que bien que les explications du recourant ne soient pas entièrement contradictoires, ses secondes déclarations divergent toutefois passablement des premières. Il y a dès lors lieu d'accorder, conformément à la jurisprudence, la préférence à ses premières déclarations faites durant le mois de mars 2009, lesquelles sont d'ailleurs confirmées par son médecin traitant. On ne saurait au demeurant retenir les explications complémentaires données par le recourant deux ans après l'événement de février 2009, alors même que l'intimée avait expressément sollicité du recourant, au début de l'année 2009, qu'il détaille les faits, les causes et les circonstances de l'événement. a) Partant, il convient d'examiner si l'événement du 27 février 2009 peut être qualifié d'accident, et singulièrement si la condition du caractère extraordinaire du facteur extérieur est réalisée. b) Pour les 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 (ATFA du 15 octobre 2004, U 9/04 consid. 3). Il n'y a pas d'accident lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs 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 et les références). La jurisprudence a, par exemple, admis l'existence d'un accident dans le cas d'une infirmière qui empêche un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant ; du port d'une charge exceptionnelle par une personne en position penchée et pressée par le temps. Elle a par contre nié la survenance d'un accident dans le cas d'un transfert d'un patient d'une table d'opération à un lit par un aide-infirmier ; d'une fracture par tassement de vertèbres chez un ouvrier qui soulève un poids de 60 à 80 kg, d'un agent de police, doté d'une excellente forme physique, qui enfonce une porte avec son épaule au cours d'une arrestation (cf. FRESARD/ MOSER-SZELESS, op. cit. ch. 73 et les références). Le Tribunal fédéral des assurances avait également retenu qu'un fabricant de pianos, qui tentait avec un collègue d'empêcher la chute d'un de ses instruments, avait subi une hernie discale de façon accidentelle. Il a justifié sa position en précisant que le fait de soulever une charge de 150 kg n'est pas à considérer comme inhabituel pour un fabricant de pianos. Ce qui est inhabituel, c'est que le piano se soit mis à rouler, ce qui a entraîné une rotation imprévue, l'assuré subissant une pression soudaine et violente sur la colonne vertébrale (GARAVAGNO, La cause extraordinaire dans la définition de l'accident, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale 1993, n° 10 ch. 18; RAMA 1991 U 122, p. 143). Par ailleurs, le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève a admis, dans un arrêt no ATAS/487/2006 du 23 mai 2006, qu'un nettoyeur avait subi une épicondylite suite à un événement accidentel. En effet, elle a considéré que le nettoyeur avait utilisé un moyen inhabituel pour lui de faire descendre le container du trottoir en raison de son poids inhabituellement lourd, de sorte qu'il avait subi, en raison du poids du container, une pression soudaine et violente sur les deux coudes. c) En l'espèce, il n'est certes pas inhabituel pour le recourant d'ouvrir sa propre porte de garage. En revanche, d'après ses déclarations et celles de son médecin traitant, sa porte de garage, qui était lourde, a dérapé et lui a glissée des mains, de sorte qu'il a décidé de la rattraper. Il était ainsi inattendu et non programmé pour le recourant que lors de l'ouverture de cette porte, celle-ci lui glisse des mains et qu'il doive la rattraper au vol. Il a ainsi effectué, suite à un mouvement non coordonné, un effort inhabituel en rattrapant cette porte d'un certain poids et a immédiatement subi, en raison de son réflexe de rattrapage, une violente douleur à son coude droit. Pour le surplus, aucun médecin ne fait état de facteurs maladiques préexistants au niveau de son coude droit. En conséquence, la Cour de céans doit retenir, conformément à la jurisprudence précitée, que la condition du facteur extérieur extraordinaire est réalisée et que l'événement du 27 février 2009 doit ainsi être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPG. Compte tenu de ce qui précède, nul n'est ainsi besoin d'examiner si l'épicondylite au coude droit peut être considérée comme une lésion corporelle assimilée à un accident. a) Le recourant invoque également la protection de la bonne foi, afin que l'intimée prenne en charge tous ses frais. b) Le droit à la protection de la bonne foi, déduit de l'art. 4 aCst., est désormais expressément consacré à l'art. 9 Cst. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMA 2000 n° KV 126 p. 223), l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper

l'administré et ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. Le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées). Ainsi, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies : l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées ; elle a agi ou est censée avoir agi dans les limites de sa compétence ; l'administré n'a pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu ; il s'est fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice ; la loi n'a pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références). En l'espèce, les trois décomptes de prise en charge de frais médicaux que le recourant produit, tous inférieurs à 400 fr., ne permettent pas de retenir que l'intimée aurait donné une assurance quant à la prise en charge de tous les frais découlant de l'événement, étant précisé que celle-ci a renoncé, en tout état de cause, à revenir sur les frais médicaux déjà versés. De plus, le silence de l'intimée ne saurait faire naître une telle espérance. Enfin, il ne résulte pas du dossier, et le recourant ne l'invoque du reste pas, que l'intimée aurait donné au recourant un renseignement erroné. Le grief n'est ainsi pas fondé. Partant, le recours devra être partiellement admis, en ce sens que le caractère accidentel de l'événement du 27 février 2009 est reconnu, et la cause renvoyée à l'intimée pour examen des autres conditions du droit aux prestations, et notamment du rapport de causalité naturelle entre l'accident et l'épicondylite du coude droit, lequel nécessite une instruction complémentaire, en raison des rapports médicaux contradictoires et peu motivés présents au dossier. a) Reste à déterminer si le recourant a droit à une indemnité au titre de participation à ses frais et dépens, comme il le soutient. b) D'après l'art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10), le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Le recourant doit cependant être au bénéfice d'une justification économique. Or, tel n'est pas le cas du recourant, en l'occurrence, qui agit sans être représenté par un avocat ou un mandataire professionnellement qualifié (non gratuitement, cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 22 juin 2005, I 245/04) ou qui ne remplit pas les conditions pour lesquelles une partie peut prétendre des dépens pour son activité professionnelle (ATF 113 Ib 353 ss consid. 6b). Force est de constater qu'en l'espèce, les conditions permettant de reconnaître à titre exceptionnel, le droit à une indemnité pour débours et activité à une partie non représentée par un avocat ne sont pas réalisées. En particulier, il n'apparaît pas que le recourant aurait subi une grande dépense de temps, nécessitée par la sauvegarde de ses intérêts, qui aurait dépassé la mesure de ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui. Le recourant ne se verra ainsi pas allouer d'indemnité pour ses frais et dépens. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement, en ce sens que le caractère accidentel de l'événement du 27 février 2009 est reconnu. Annule la décision et la décision sur opposition d'AXA ASSURANCES SA, datées respectivement des 27 janvier et 2 mai 2011. Renvoie la cause à AXA ASSURANCES SA, pour examen et instruction des autres conditions du droit aux

prestations et nouvelle décision. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.