

## GE\_GERICHTE A/1716/2016 vom 15. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1716\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1716_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1716/2016 du 15 mai 2017

IT: GE\_GERICHTE A/1716/2016 del 15 maggio 2017

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.05.2017 A/1716/2016

A/1716/2016 ATAS/375/2017 du 15.05.2017 ( LAA ) , REJETE En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1716/2016 ATAS/375/2017  
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 15 mai 2017 10 ème  
Chambre En la cause MUTUEL ASSURANCES SA, Service juridique, sise rue des Cèdres  
5, MARTIGNY Monsieur A\_\_\_\_\_, représenté par MUTUEL ASSURANCES SA,  
domicilié à PUBLIER, France recourants contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE  
D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse, LUCERNE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ intimée EN FAIT 1.  
Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1961, domicilié en France voisine, maçon  
auprès de la société B\_\_\_\_\_ & Cie (ci-après : l'employeur) depuis le 27 septembre 2004,  
était assuré auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur-accidents ou l'intimée) contre les  
accidents professionnels et non professionnels. Le 26 novembre 2015, alors qu'il montait  
sur une rampe d'accès à une benne, poussant une brouette chargée de béton, il a ressenti une  
douleur très violente au mollet droit. Il a consulté un médecin le jour même.![endif]>![if>  
2. L'employeur a annoncé le sinistre à l'assureur-accidents le 7 décembre 2015. L'assuré  
était employé à plein temps, son horaire de travail était de 38,75h/sem. Son emploi était  
régulier.![endif]>![if> Décrivant les faits, l'employeur a noté que l'assuré allait vider une  
brouette dans une benne. Il est monté sur une rampe d'accès. En arrivant au sommet il a  
ressenti une douleur très violente au mollet. Il a relevé sous rubrique « accident  
professionnel », s'agissant des objets en cause : « équipement usuel ». Sous rubrique «  
blessure » : déchirure musculaire à la jambe droite. L'assuré avait interrompu son travail à  
la suite de l'accident, dès le 26 novembre 2015. Le médecin traitant avait prescrit un arrêt de  
travail dès le jour de l'accident jusqu'au 5 janvier 2016. 3. Dans son rapport initial du 29  
décembre 2015, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecine du sport  
à Thonon-les-Bains, a relevé que les premiers soins avaient été donnés le 26 novembre  
2015. Il a relevé, selon les indications du patient : « douleur brutale mollet droit ». Dans les  
constatations objectives il a noté : « douleur mollet droit à la palpation et contraction ». Il a  
posé le diagnostic de lésion musculaire stade 3 selon Rodineau et prescrit de la  
kinésithérapie. ![endif]>![if> Selon le rapport d'échographie du 30 novembre 2015 du  
Centre d'imagerie médicale des Sources à Thonon-les-Bains, le mollet droit montrait un  
aspect hétérogène du muscle gastrocnémien médial, et un aspect de désinsertion de la  
jonction myotendineuse ; présence d'un hématome inter-aponévrotique échogène  
hétérogène déjà organisé de 7 cm sur 4.5 cm et d'une épaisseur de 0.6 cm entre le muscle  
gastrocnémien et le soléaire. 4. Dans le questionnaire spécifique destiné à la SUVA,  
l'assuré décrit les faits comme suit : « j'avais une brouette pleine de béton à vider dans la  
benne ; au moment de vider la brouette, j'ai ressenti un fort claquage au niveau du mollet

qui m'a même empêché de vider la brouette ». Il a répondu négativement à la question de savoir si quelque chose de particulier (glissade, chute, coup, etc....) s'était produit.!

5. Par courrier du 30 décembre 2015, l'assureur-accidents a indiqué à l'assuré que, selon les documents en sa possession, il n'y a pas eu d'accident au sens de l'art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1). Les conditions de prise en charge du cas comme lésion corporelle assimilée à un accident n'étaient pas non plus remplies. Il lui était conseillé de déclarer le cas à son assurance-maladie.!

6. Selon la feuille-accident LAA remplie par le médecin traitant, l'incapacité de travail a été de 100 % du 26 novembre 2015 au 5 janvier 2016, et de 0 % dès le 6 janvier 2016.!

7. Par courrier non daté mais enregistré par l'assureur-accidents le 27 janvier 2016, l'assuré a contesté la position de la SUVA du 30 décembre 2015 : la déchirure musculaire a été provoquée par la force qu'il a dû exercer pour vider la brouette, ses médecins lui ayant confirmé que c'était l'effort fourni qui avait provoqué ce traumatisme.!

8. Par courrier recommandé du 26 février 2016, la SUVA a confirmé son refus de prise en charge. Copie de cette décision a été notifiée à l'employeur et au Groupe Mutuel (ci-après : l'assureur perte de gain maladie, Mutuel ou le recourant).!

9. Par courrier recommandé du 9 mars 2016, l'assureur perte de gain maladie a formé opposition « provisoire » à la décision susmentionnée.!

10. Par courrier recommandé du 17 mars 2016 (recte : 2016), Mutuel a motivé son opposition. En sa qualité d'assureur perte de gain maladie de l'employeur de l'assuré, il examine le droit aux indemnités journalières de ce dernier. Il annexait à son courrier la procuration signée par l'assuré le 16 mars 2016, l'autorisant à faire recours contre les décisions de l'assurance LAA. Selon la définition légale de l'accident - qui s'écarte du langage courant - la cause de l'accident doit être extraordinaire et non pas ses conséquences. La loi sur l'assurance-accidents et ses dispositions d'exécution prévoient, selon une liste exhaustive, que certaines lésions doivent être prises en charge par l'assurance-accidents au titre de lésions assimilées à un accident, ceci pour autant, selon la jurisprudence, que l'on soit en présence d'un événement déclenchant déterminé et d'une importance significative selon la médecine des accidents. Dans le cas d'espèce, aucune cause extraordinaire n'a eu lieu. En revanche, selon les informations recueillies auprès de l'employeur, une brouette pleine de béton dépasse largement les 50 kg. Le fait de manipuler ce poids sur une rampe d'accès puis de vouloir effectuer un geste pour la vider dans une benne est une sollicitation physique accrue de nature à engendrer une déchirure musculaire, lésion qui est précisément visée par la liste exhaustive de celles qui peuvent être assimilées à un accident. L'assureur perte de gain maladie conclut donc à ce que l'assureur-accidents prenne le cas en charge, au titre de lésion assimilée à un accident.

11. Il ne ressort pas du dossier que l'assuré ait lui-même formé opposition, indépendante, contre la décision du 26 février 2016.!

Par décision sur opposition du 29 avril 2016 « dans les causes 1. A\_\_\_\_\_ ; 2. Mutuel Assurances SA », la SUVA a rejeté l'opposition. Sur la base de la définition légale de l'accident, et de l'interprétation qui en est faite par la jurisprudence et la doctrine, et de même en ce qui concerne les lésions assimilées à un accident, l'incident en cause ne saurait être appréhendé comme un accident au sens juridique du terme - ce que l'assureur perte de gain maladie reconnaît expressément - dès lors qu'il n'est pas survenu dans le cadre de circonstances particulièrement manifestes, telles qu'une chute ou un coup. Le geste effectué pour vider la brouette n'est pas non plus constitutif d'une lésion corporelle assimilée un accident, dans la mesure où il ne se dépasse pas clairement le cadre habituel des activités dévolues à un maçon. Dans ces conditions le point de savoir si l'assuré a subi

une déchirure ou une élongation de muscle au sens de l'ordonnance sur l'assurance accidents, n'a pas à être examiné. C'est donc à juste titre que la SUVA a refusé de servir des prestations d'assurance.!

12. Par courrier recommandé du 26 mai 2016, Mutuel a interjeté recours contre « la décision sur opposition à l'endroit de M. A\_\_\_\_\_ du 29 avril 2016 ». Étant rappelé que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition, et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, a qualité pour recourir; la décision litigieuse a été adressée à la recourante qui l'a reçue le 2 mai 2016; pour les branches d'assurances privées le porteur du risque est Mutuel, lequel est par ailleurs habilité à agir sur la base de la procuration signée par l'assuré en date du 16 mars 2016, qui autorise expressément l'assureur à recourir contre les décisions d'autres assureurs. !

13. Considérant que la douleur est survenue au moment où l'assuré vidait une brouette pleine de béton dans une benne, il s'agissait d'une part d'une sollicitation accrue, une telle brouette pesant largement plus de 50 kg; d'autre part, la lésion diagnostiquée fait partie de celles qui doivent être assimilées à un accident, et comme telles les prestations d'assurance y relatives doivent-elles être mises à la charge de l'intimée, l'événement du 26 novembre 2015 ayant entraîné une lésion assimilée à un accident. Représentée par un avocat, l'intimée a répondu au recours par mémoire du 21 juillet 2016. Elle conclut à son rejet. La recourante ne conteste pas l'inexistence d'une cause extérieure extraordinaire, de sorte que la survenance d'un accident doit être niée dans le cas d'espèce. L'assureur-maladie prétend en revanche que l'on serait en présence d'une lésion assimilable à un accident, causée par un facteur dommageable extérieur. Selon la recourante, le fait d'entreprendre le geste de basculer une brouette sur une rampe au-dessus d'une benne pour en déverser le contenu serait constitutif d'un tel facteur extérieur, ce que l'intimée conteste. En effet l'assuré, maçon de formation, exerçant régulièrement cette activité, n'a rien fait d'autre que d'accomplir un geste banal dans l'exercice de son activité. Ni le fait d'être sur une rampe au-dessus d'une benne, ni le fait de devoir basculer une brouette remplie de béton de quelque 50 kg ne constituent des gestes inhabituels ou extraordinaires sur un chantier pour une telle activité. L'assuré n'a ni glissé ni percuté un obstacle ni trébuché ni n'a encore frappé son mollet contre un objet. La lésion est apparue uniquement lorsqu'il a accompli le geste nécessité par la manœuvre de vidage de la brouette, geste qui ne comporte aucun caractère particulier. Il ne s'est pas agi d'une sollicitation anormale de l'organisme dans ce type d'activité.!

14. La recourante a brièvement répliqué par courrier du 18 août 2016 : elle persiste dans les conclusions de son recours. L'assuré a indiqué que la brouette qu'il devait basculer pesait largement plus que 50 kg. On ne saurait donc retenir qu'elle pesait « quelque 50 kg », comme le retient l'intimée dans sa réponse. À tout le moins l'intimé devait-elle, conformément à son devoir d'instruire d'office, se renseigner sur les circonstances exactes de l'événement, notamment le poids de la brouette, ainsi que la fréquence de cette tâche dans l'activité professionnelle pratiquée. De même, ce n'est pas le caractère extraordinaire des circonstances extérieures dans laquelle la lésion est apparue qui doit être apprécié. C'est la présence même d'une cause extérieure, point n'étant besoin qu'elle soit extraordinaire. Or vu le poids soulevé, et le geste au cours duquel la lésion est survenue, l'effort consenti ne constitue pas une sollicitation normale de l'organisme, mais va bien au-delà et doit donc être considéré comme une sollicitation accrue, de nature à engendrer une déchirure musculaire.!

15. L'intimée a brièvement dupliqué, persistant dans ses conclusions et réitérant l'argumentation topique de sa réponse.!

16. Sur quoi les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.!

EN DROIT 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

3. Selon 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.!

Formellement le recours du 26 mai 2016 a été interjeté par Mutuel assurances SA « contre la décision sur opposition à l'endroit de Monsieur A\_\_\_\_\_ (domicilié en France) ». On rappellera que l'assuré avait, à fin janvier 2016, contesté la position de la SUVA du 30 décembre 2015, qui considérait que les faits et lésions subies le 26 novembre 2015 ne relevaient pas d'un accident, et que les conditions d'application des dispositions permettant d'assimiler certaines lésions à un accident n'étaient pas réunies, ce qui avait donné lieu à la notification d'une décision formelle de refus de prestations de la part de l'intimée, dont copie avait notamment été adressée, conformément à l'art. 49 al. 4 LPGA, à l'assureur-maladie. L'assuré n'avait pas lui-même formé opposition contre cette décision, mais Mutuel l'avait fait, par courrier du 17 mars 2016, joignant à son écriture une procuration de l'assuré autorisant Mutuel à recourir contre les décisions de l'assurance LAA. L'intimée avait bien compris que l'opposition émanait non seulement de l'assureur perte de gain mais aussi de l'assuré lui-même, raison pour laquelle il a rendu la décision sur opposition, objet des présentes, « dans les causes 1. A\_\_\_\_\_ ; 2. Mutuel Assurances SA ». Dans la mesure où il ressort clairement de l'art. 49 LPGA qu'en l'occurrence Mutuel dispose des mêmes droits que l'assuré, y compris celui de recourir contre la décision concernée – en l'espèce la décision sur opposition du 29 avril 2016 de la SUVA - et qu'il pouvait ainsi le faire sans procuration expresse de son assuré, le fait qu'il se prévale de la procuration signée par l'assuré – comme il l'avait fait au moment de former opposition - montre qu'il entendait ainsi recourir tant pour lui-même que pour le compte de l'assuré, de sorte que ce dernier est d'emblée partie recourante sans qu'il ne soit nécessaire de l'appeler en cause. La procuration ne mentionnant toutefois pas que l'assuré élit domicile auprès de l'assureur qui le représente, la présente décision lui sera notifiée séparément.

4. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à la prise en charge par l'intimée des suites de l'événement du 26 novembre 2015 au titre des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. d OLAA (déchirures de muscles).!

5. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).!

En l'espèce l'évènement litigieux datant du 26 novembre 2015, les modifications de la LAA et de l'OLAA entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 selon le ch. I de la LF du 25 sept. 2015 (Assurance-accidents et prévention des accidents, RO 2016 4375; FF 2008 4877, 2014 7691), n'entrent pas en ligne de compte, de sorte que le droit applicable est l'ancien droit, en vigueur au moment des faits (ci-après : aLAA et aOLAA).

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).>![endif]>![if> 7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (aOLAA ; RS 832.202) 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 :>![endif]>![if> a. les fractures ; b. les déboîtements d'articulations ; c. les déchirures du ménisque ; d. les déchirures de muscles ; e. les elongations 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, 145 consid. 2b). b. 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 aOLAA 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 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2). En revanche, 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 aOLAA, les troubles constatés seront manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 468 consid.4 ; ATF 123 V 44 consid. 2b ; ATF 116 V 147 consid. 2c). La notion de cause extérieure suppose 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). Confirmant sa jurisprudence publiée aux ATF 123 V 43 et dans RAMA 2001 U 435/01 p. 332, le Tribunal fédéral a rappelé dans cet arrêt qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées. Il souligne qu'en cette matière, l'existence d'une cause extérieure - soit un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance - revêt une portée particulière en ce sens qu'à 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 manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs dont la prise en charge incombe à l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 avec les références citées). Le Tribunal

fédéral a rappelé ces principes dans un arrêt récent ( 8C\_815/2016 du 14 mars 2017 consid. 4.1). c. Selon la doctrine, pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Il faut cependant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c). Ainsi 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 doivent 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 aOLAA 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. (Ghislaine Frésard-Fellay, Bettina Kahil-Wolff, Stéphanie Perrenoud Droit suisse de la sécurité sociale Volume II Précis Stämpfli 2015 p. 373 et sv ch. 146 et ref. citées). Aussi convient-il de nier l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant des symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h aOLAA. L'apparition de douleurs en tant que telle ne constitue pas une cause extérieure au sens de la jurisprudence. En d'autres termes, l'on ne saurait considérer la condition posée à l'existence d'un facteur dommageable extérieur comme réalisée du seul fait qu'à un moment précis, l'assuré a éprouvé des douleurs pour la première fois. L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas non plus donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après qu'il a accompli un geste de la vie courante. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque accru de lésion survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique. C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. Celui qui éprouve des douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc., ne saurait dès lors se prévaloir d'une lésion corporelle assimilée à un accident. A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 470 consid. 4.2.2). Par contre, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur est donnée en cas de changements de position du corps qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles, selon les constatations de la médecine des accidents. D'après la jurisprudence développée jusqu'à ce jour, tel est notamment le cas du brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, du fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou encore du fait de

changer de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 471 consid. 4.3 ; ATFA du 23 décembre 2003, cause U 180/03). Dans l'arrêt précité (U 180/03), le TFA a considéré que le fait pour un apprenti de se luxer l'épaule en levant le bras en même temps qu'il se retournait en direction d'un camarade de classe assis derrière lui ne correspondait à aucun traumatisme de l'épaule et que le mouvement n'avait pas été soudain, involontaire ou d'une certaine gravité. Au contraire, il s'était déroulé normalement, sans que le membre supérieur gauche ne soit sollicité de manière particulière et sans qu'aucun phénomène extérieur n'interfère. Les circonstances dans lesquelles l'assuré s'était luxé l'épaule gauche ne révélaient pas qu'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et d'une certaine importance, se soit produit. Faute de cause dommageable extérieure, il n'y avait pas lieu d'admettre que l'assuré ait été victime d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la jurisprudence et des dispositions légales précitées. De même, le TFA a-t-il estimé que le facteur extérieur fait défaut, lorsqu'un assuré se rompt un tendon de l'épaule en soulevant simplement une lourde poêle dans la cuisine. Il indique que cette activité s'inscrit dans le cadre des activités habituelles de l'assuré lequel est aide de cuisine. Il en irait autrement si l'assuré avait glissé en soulevant la poêle, ce qui aurait pu lui causer la blessure à l'épaule [ATFA du 6 octobre 2006, U 205/06] ( ATAS/1144/2006 ). Dans ce dernier arrêt cantonal, confirmé sur recours par le tribunal fédéral (arrêt du tribunal fédéral U 45/07 du 2 mai 2007, le tribunal cantonal des assurances sociales de Genève avait retenu que l'assuré s'était relevé en se tournant à droite, suite à l'appel de sa secrétaire, précisant ultérieurement qu'il s'agissait d'un mouvement inhabituel et qu'il s'était redressé machinalement d'un bond, le tribunal fédéral précisant dans son arrêt que l'on pouvait en tout cas tenir pour établi que l'assuré, alors qu'il était occupé dans la position accroupie à vérifier un véhicule, avait été interpellé par une secrétaire de l'entreprise. Celle-ci se trouvait dans son dos. Il s'était alors relevé en pivotant sur sa droite cependant qu'il avait entendu un "craquement" au genou. Quant aux explications données par l'assuré en procédure cantonale, elles étaient cohérentes et crédibles. On concevait tout à fait que l'assuré, qui était affairé à son travail, ait pu être surpris par l'interpellation de la secrétaire et qu'il se soit relevé dans un mouvement non contrôlé plus ou moins brusque et en pivotant, ce qui avait généré une sollicitation du corps plus importante que la normale. C'est donc à bon droit, au regard de la jurisprudence, que les premiers juges avaient conclu à l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. En revanche, dans un arrêt du 22 mai 2006 (cause V 220/05 consid. 4.2), le TFA a-t-il admis l'existence d'un facteur dommageable extérieur dans le cas d'une assistante à domicile qui, dans le but de retenir une patiente, a exécuté un mouvement brusque avec les bras aux fins d'entourer sa patiente, alors même que celle-ci ne lui était pas tombée dessus et que l'assistante n'avait donc pas retenu son poids. Dans un arrêt du 23 janvier 2006 ( ATAS/45/06 ), le Tribunal de céans a admis l'existence d'un facteur extérieur dommageable dans le cas d'un assuré qui, jouant au tennis, avait effectué un mouvement de torsion brutal avec appui sur le pied gauche, ayant pour conséquence une déchirure du tendon d'Achille. d. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident ( statu quo ante ) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident ( statu quo sine ). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus ( statu quo ante ou statu quo sine ) sur le critère de la

vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine . Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2). 8. 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d). 9. En l'espèce, il n'est pas contesté que la lésion en cause constitue une déchirure musculaire au sens de l'art. 9 al. 2 let. d aOLAA, de sorte qu'il convient d'examiner si elle a été causée ou non par l'existence d'un facteur extérieur, au sens de la jurisprudence précitée, les conditions d'une atteinte corporelle dommageable, soudaine et involontaire étant par ailleurs remplies. Décrivant les faits, l'employeur a noté que l'assuré allait vider une

brouette dans une benne. Il est monté sur une rampe d'accès. En arrivant au sommet il a ressenti une douleur très violente au mollet. Il a relevé sous rubrique « accident professionnel », s'agissant des objets en cause : « équipement usuel ». Sous rubrique « blessure » : déchirure musculaire à la jambe droite. Quant à l'assuré, il décrit les faits comme suit dans le questionnaire spécifique que lui avait adressé l'intimée : « J'avais une brouette pleine de béton à vider dans la benne ; au moment de vider la brouette, j'ai ressenti un fort claquage au niveau du mollet qui m'a même empêché de vider la brouette ». Il a répondu négativement à la question de savoir si quelque chose de particulier (glissade, chute, coup, etc....) s'était produit. Certes, le 27 janvier 2016, s'opposant à l'avis de l'intimée selon lequel il n'y avait pas eu d'accident en l'occurrence, l'assuré a contesté la position de la SUVA du 30 décembre 2015 : la déchirure musculaire avait été provoquée par la force qu'il avait dû exercer pour vider la brouette, ses médecins lui ayant confirmé que c'était l'effort fourni qui avait provoqué ce traumatisme. Mais cela ne change rien au déroulement des faits, au caractère usuel de cette manœuvre dans l'activité professionnelle de l'assuré, et à l'absence d'élément extérieur particulier. Pour le surplus, l'assuré, après sa contestation initiale qui a débouché sur une décision formelle, contre laquelle l'assureur perte de gain maladie avait interjeté opposition pour son compte, et pour le compte de l'assuré, ce dernier ne s'est pas plus impliqué personnellement dans la procédure administrative et sur recours, laissant le soin à son assureur perte de gain maladie de recourir, montrant ainsi que l'important pour lui est que l'une ou l'autre des assurances prenne le cas en charge, ce qui renvoie d'ailleurs à sa première déclaration selon laquelle il a spontanément expliqué que lors de l'événement du 26 novembre 2015 il devait vider une brouette pleine de béton dans une benne, et qu'à cette occasion rien de particulier comme une glissade, une chute ou un coup ne s'était produit. De son côté, l'employeur, dans sa déclaration, a précisé que l'événement s'était produit alors que l'employé manipulait un équipement usuel, soit en l'occurrence une brouette pleine de béton à vider dans une benne accessible par une rampe d'accès. Une telle description entre dès lors manifestement dans l'activité habituelle de maçon sur un chantier. Il ressort en effet du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie que les maçons, travailleurs de force, charrient usuellement, au moyen de brouette, des résidus de béton, par essence lourds, pour les évacuer du chantier, à la manière dont l'assuré a agi dans le cas particulier. En l'occurrence, au moment de l'événement litigieux l'intéressé exerçait cette profession, pour le même employeur depuis 2004, de sorte que l'on peut considérer au degré de la vraisemblance prépondérante que ce n'était en tout cas pas la première fois qu'il accomplissait ce genre de tâches, étant relevé qu'à aucun moment dans le dossier il n'a été question de ce que cette brouette aurait été plus lourde que d'ordinaire, que l'intéressé aurait rencontré d'emblée des difficultés particulières à la rouler sur la rampe d'accès, ou autres circonstances permettant de considérer que l'on se soit trouvé dans les circonstances d'une sollicitation accrue et extraordinaire du corps humain. Certes, la recourante a tenté de soutenir que l'intimée minimisait le poids de la brouette, opposant les déclarations de l'assuré, - indiquant que la brouette pesait largement plus que 50 kg -, aux allégués de l'intimé - qui indique dans sa réponse qu'elle pesait «quelque 50 kg ». Cette objection n'y change rien, car un tel poids, à quelques kilos près, apparaît être une charge tout à fait usuelle pour des professionnels comme l'assuré. A l'instar de la jurisprudence mentionnée précédemment, - au sujet d'un apprenti aide de cuisine qui s'était luxé l'épaule en soulevant une lourde poêle, manipulation qui entraînait manifestement dans des gestes usuels dans cette profession, le Tribunal fédéral ayant nié l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la jurisprudence et des dispositions légales précitées, tout

en précisant qu'il en aurait été autrement si l'assuré avait glissé en soulevant la poêle, ce qui aurait pu lui causer la blessure à l'épaule - les circonstances de l'événement du 26 novembre 2015 pour l'assuré sont comparables à la situation que la jurisprudence a ainsi rappelée. Il ne s'agit à l'évidence point tant de comparer le poids respectif d'une lourde poêle et d'une brouette chargée de résidus de béton, que de comparer les gestes et efforts usuels de l'un et de l'autre, chacun dans sa profession, lors de circonstances dans lesquelles aucun événement extérieur conforme à la définition de l'accident ait interféré dans la manœuvre ayant entraîné la survenance d'une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA. 10. Au vu de ce qui précède, on ne saurait donc assimiler la lésion subie par l'assuré à un accident, de sorte que le recours doit être rejeté, l'assureur perte de gain maladie devant supporter les prestations litigieuses, celles-ci ne relevant pas de l'assurance-accidents, mais au contraire de l'assurance-maladie.!

!> Dans le cas particulier, au vu du contenu du dossier qui comporte tous les éléments nécessaires pour statuer en toute connaissance de cause, la chambre de céans considère comme inutile de procéder à des investigations complémentaires, notamment sous forme d'enquêtes, par l'audition de l'employeur, de l'assuré ou de tiers, sur le déroulement de l'événement litigieux, ou pour en savoir plus sur le poids de la brouette, car ces mesures d'instruction n'auraient aucune influence sur la solution du litige (appréciation anticipée des preuves). 11. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant ; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 149 consid. 4 ; voir également l'art. 73 al. 2 LPP). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal.!

!> Au vu de ce qui précède, en tout état les recourants qui succombent n'ont pas droit à des dépens, d'autant que l'un d'eux, représentant l'autre en même temps qu'il plaide pour lui-même, ne saurait prétendre à l'octroi de dépens, en tant qu'assureur ayant sa propre organisation, notamment un service juridique lui permettant de défendre ses droits de manière autonome. S'agissant de l'intimée, elle n'a pas davantage de droit à l'octroi de dépens, quand bien même le recours est rejeté, et nonobstant le fait qu'elle ait été représentée par un avocat. On doit en effet admettre d'une part que le recours, même rejeté, ne présente pas les caractéristiques d'un recours téméraire ou interjeté à la légère, et d'autre part, le litige n'apparaissait pas d'une complexité telle que l'intimée dût se faire représenter par un avocat pour défendre sa cause. 12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). !

!> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare les recours recevables.!

!> Au fond : 2. Les rejette.!

!> 3. Dit que la procédure est gratuite.!

!> 4. 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.![endif]>![if> La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO 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.