

GE_GERICHTE A/2706/2012 vom 4. Dezember 2012

GE Cour de justice, 2012-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2706_2012

FR: GE_GERICHTE A/2706/2012 du 4 décembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/2706/2012 del 4 dicembre 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur G _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Boris LACHAT recourant contre VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sis place de Milan, case postale 120, 1001 Lausanne intimé EN FAIT Monsieur G _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, rédacteur RP auprès de X _____ en 2010, était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée). L'assuré est sportif depuis son enfance et pratique assidument le tennis depuis l'adolescence ainsi que l'escalade depuis l'âge adulte. En 2000 ou 2001, il a subi une luxation - ou une subluxation - en jouant au tennis et a consulté le Prof. L _____. Le 7 février 2010, en jouant en tennis, l'assuré a ressenti une violente douleur à l'épaule droite, alors qu'il frappait la balle lors d'un service. Le 11 mars 2010, son médecin traitant, le Dr M _____, l'a adressé au Prof. L _____, précisant à l'intention de ce dernier "qu'il s'agit d'un jeune patient qui présente des luxations à répétition de l'épaule droite". Après la consultation du 19 avril 2010, le Prof. L _____ indique que l'assuré présente une épaule droite avec des subluxations récurrentes. Selon les indications du patient, il joue beaucoup au tennis et fait de l'escalade, et a des sensations de rentrées et de sorties de son épaule, ces épisodes se rapprochant en fréquence, lui occasionnant des douleurs fugaces, mais si la subluxation a lieu lors d'un mouvement violent, comme par exemple au tennis, il ressent une décharge douloureuse importante. L'examen clinique des deux épaules est similaire, la seule différence étant que l'appréhension en abduction externe à droite est seulement discrète du côté gauche. Le Prof. L _____ propose une rééducation de physiothérapie (rapport du 20 avril 2010). L'employeur de l'assuré a déclaré l'accident à l'assurance le 5 janvier 2011, en mentionnant "en jouant au tennis, lors de son service, M. G _____ s'est violemment luxé l'épaule", précisant que l'assuré a décidé d'être désormais traité par le Dr M _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Le Dr M _____ a fait pratiquer une radiographie et une IRM de l'épaule droite, en raison d'une "luxation récidivante" qui a été pratiquée le 6 janvier 2011. Les examens ne révèlent pas de lésion objectivable au niveau du labrum antéro-supérieur et supérieur, mais objectivent une discrète empreinte humérale de type Hill-Sachs ainsi qu'une lésion glénoïdienne antéro-inférieure de type Bankart avec fragment ostéochondral légèrement déplacé (rapport du Dr O _____ du 10 janvier 2011). Sur ce, le Dr M _____ prescrit le 10 janvier 2011 de la physiothérapie à l'assuré, mentionnant sur le bon délivré à cet effet les diagnostics de luxation récidivante de l'épaule droite et lésion du bourrelet antero-inférieur. Dans son rapport intermédiaire du 17 janvier 2011 destiné à l'assurance, le Dr M _____ diagnostique une luxation antérieure de l'épaule droite, avec relocation spontanée et mentionne qu'une opération est prévue en avril-mai 2011. Le cas a été soumis au Dr N _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

médecin-conseil de l'assurance. Il estime qu'une luxation exige forcément une réduction, tout en admettant que le rapport de l'IRM met en évidence des lésions consécutives à une luxation, imaginant dès lors que l'assuré cache un autre événement survenu antérieurement, alors qu'il n'était pas assuré auprès de l'assurance. De plus, il estime impossible que l'assuré ait pu continuer à faire du sport avec une épaule instable depuis 2000-2001. Il interpelle alors le Dr M_____ en relevant que les lésions correspondent bien à une ou à des luxations, et dans la mesure où l'événement de février 2010 est comparable à celui de 2000-2001, ces lésions sont probablement en rapport avec cet événement-là. Le Dr M_____ a répondu le 8 août 2011 qu'après un premier épisode de luxation en 2001 de l'épaule droite du patient, avec traitement conservateur, aucune récurrence n'a eu lieu durant 10 ans, de sorte que l'assuré fait partie des patients qui ont répondu au traitement conservateur, sans nécessiter d'intervention de stabilisation, avec une guérison clinique complète. Lors du nouvel épisode traumatique en février 2010, avec luxation à nouveau de l'épaule droite, le patient a été capable de procéder aux manœuvres spontanées permettant de réduire la luxation. Le médecin relève avoir connu plusieurs patients qui, durant leurs épisodes de luxation rencontraient des douleurs extrêmement violentes et ayant appris à connaître leur corps, adoptaient spontanément des manœuvres spécifiques afin d'éviter toute luxation et même, effectivement, afin de réduire une telle luxation antérieure de l'épaule, surtout lorsqu'il y a une lésion importante du bourrelet antero-inférieur. Il précise que malgré le traitement conservateur conseillé par le Prof. L_____, le patient n'a pas retrouvé une fonction normale de son épaule, avec une appréhension importante, des petits épisodes de subluxations antérieures, qu'il n'avait pas expérimentées depuis 10 ans. L'arthro IRM de janvier 2011 confirme la lésion du labrum antero-inférieur avec empreinte de Hill-Sachs ce qui ne se voit que dans les luxations de l'épaule. Le médecin admet qu'il y avait des conditions préexistantes au niveau de cette épaule droite avant l'événement de 2010, mais compte tenu du long laps de temps entre les deux épisodes de luxation, il considère qu'il n'y a pas de relation directe entre les lésions survenues en 2001 et en 2010, car cliniquement le patient présentait une guérison complète. Il est certes difficile de faire la part des choses, mais il convient d'admettre le lien de causalité entre l'événement du 7 février 2010, qui est clairement le facteur déclenchant des lésions, de sorte que l'assurance doit prendre en charge ce cas en tant qu'accident non-professionnel. Le Dr N_____ a continué à avoir des doutes sur le diagnostic et sur le fait que l'assuré n'ait pas subi de traitement à la suite de la première luxation de 2000-2001 et, si les lésions figurant sur l'IRM étaient déjà présentes à cette époque, il ne s'agit pas d'une lésion assimilée, mais d'une rechute. Il propose donc d'interpeller le Prof. L_____ et d'interroger l'assuré sur les circonstances de l'accident. Lors d'un entretien le 19 octobre 2011 avec un représentant de l'assurance, l'assuré a exposé que c'était en frappant la balle lors d'un service qu'il a ressenti une violente douleur à l'épaule droite. Juste après la frappe, il avait le corps en avant avec le bras en bas, le service était réussi et l'épaule s'est remise ensuite d'elle-même sans mouvement particulier. L'assuré joue depuis 20 ans au tennis en compétition, au moins une fois par semaine. Il a continué à jouer après l'accident de 2001, sauf durant 2 ans, en raison d'accidents au pouce. En 2001, une IRM a été effectuée et aucun traitement n'a été instauré. Il était étudiant à l'époque et n'avait donc pas d'assurance accident professionnelle. Suite à l'événement de 2010, le Dr M_____ envisage de l'opérer en octobre 2011. L'agent d'assurance ayant procédé à l'entretien mentionné en fin de procès-verbal "pour ma part, il y a quand même un délai de 10 ans sans qu'il y ait de problèmes et l'assuré continuait à jouer au tennis". Le Prof. L_____ a indiqué qu'il ne détenait pas d'IRM pratiquée en

2000-2001 et le Dr M_____ a confirmé qu'il avait adressé son patient, 10 ans auparavant, au Prof. L_____. L'assuré n'a pas non plus retrouvé le rapport de l'IRM de 2000-2001 et précise que les séances de physiothérapie suite à l'événement de 2010 n'ont pas été efficaces ; il désire désormais se faire opérer. Invité à se déterminer, le Dr N_____ a fait valoir le 19 janvier 2012 que le rapport du Dr M_____ mentionne "leurs épisodes de luxations", de sorte que l'assuré a connu plusieurs épisodes, et non pas seulement une fois en 2000/2001 et ensuite en 2010. De plus, les deux épaules sont dans le même état selon le rapport du Prof. L_____. Malgré les explications de l'assuré, le médecin pense que ce dernier a dû faire attention durant les 10 ans intervenus entre les deux événements, ce qui est tout de même possible en jouant au tennis, mais il estime qu'il ne s'agit pas d'une luxation mais d'une subluxation récidivante, qui n'est pas une lésion assimilée. Par pli du 19 janvier 2012, le Prof. L_____ a encore précisé, que, lors d'un service au tennis, l'assuré avait fait une luxation de l'épaule avec une réduction spontanée le 7 février 2010. Depuis ce moment là, des épisodes de subluxations se sont rapprochés avec à chaque fois une sensation douloureuse. Il admet le lien de causalité. Par décision du 25 janvier 2012, l'assurance a "décliné" toute intervention dans cette affaire, l'assuré n'ayant pas été la victime d'un accident, seules les affections survenant lors d'une activité sportive ou de jeu qui peuvent être imputées à une cause extérieure extraordinaire étant admises comme accident. Les mouvements, gestes et contraintes propres à ces activités ne constituent pas une telle cause extraordinaire. Il ne s'agit pas non plus d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 de l'Ordonnance applicable, car il ne s'agit pas d'un déboîtement complet de l'articulation (luxation). Représenté par un avocat, l'assuré a formé opposition le 23 février 2012. Il fait valoir qu'il a effectivement été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, puisqu'il s'est démis l'épaule droite en frappant violemment un service au tennis. Le lien de causalité entre l'accident et la luxation dont a été victime l'assuré doit être retenu, conformément à l'avis de tous les médecins ayant ausculté l'assuré, seul le médecin-conseil qui ne l'a jamais vu prétendant le contraire. D'ailleurs, même le représentant de l'assurance ayant rencontré l'assuré mentionnait le délai de dix ans sans problème, alors que l'assuré continuait à jouer au tennis. A titre subsidiaire, l'assuré indique que, même si l'épisode du 7 février 2010 ne devait pas être considéré comme un accident, l'évènement consisterait à tout le moins en une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA, une luxation étant un déboîtement complet d'articulations. L'assuré a été vu en consultation par le Dr N_____ le 16 mai 2012. L'anamnèse ressortant de son rapport du 31 mai 2012 indique que l'assuré a commencé à jouer au tennis à l'âge de 8-10 ans, en compétition dès l'âge de 13-14 ans, à raison de quatre heures en hiver, jusqu'à dix heures en été. A partir de l'âge de 19-20 ans, il se met à l'escalade, environ deux fois par mois, entre trois et quatre heures, parfois, durant plusieurs jours en vacances. L'assuré ne se souvient pas de l'évènement de 2000, si ce n'est avoir consulté le Prof. L_____ et avoir repris le tennis après quelques jours et entrepris un traitement conservateur. A ce stade, l'expert relève qu'il est incompatible avec une première luxation de reprendre le tennis quelques jours après. L'assuré a cessé la compétition de tennis entre 26 et 29 ans. L'évènement de février 2010 est survenu après 15 à 30 minutes d'échauffement après un match amical au moment d'un service. L'assuré explique qu'il a la sensation que l'épaule se déboîte, lâche la raquette, s'accroupit sur lui-même, avec de fortes douleurs à l'épaule droite qui durent dix à quinze minutes, puis la douleur devient supportable pendant quelques heures. Il ne prend pas de médicament et, sur conseil de son généraliste qu'il consulte pour un autre motif, contacte le Prof. L_____ qui lui suggère un traitement conservateur. Un deuxième

avis est demandé au Dr M_____ qui prescrit plusieurs séries de neuf séances de physiothérapie que l'assuré décrit comme étant bénéfiques. Un mois après l'évènement, il reprend le tennis, sans servir durant un an et en maintenant son épaule avec des "tapes". L'assuré décrit une instabilité désagréable de l'épaule lors de mouvements de nettoyage, en suspendant les habits, en enfilant un tee-shirt, sans nouvel évènement comparable à celui de février 2010. L'assuré pratique régulièrement, trois à quatre fois par semaine pendant 15 à 20 minutes les exercices de physiothérapie et l'épaule est maintenant moins fragile. Au status, le médecin relève l'absence d'atrophie musculaire, mentionne la mobilité symétrique des deux membres, l'absence de douleur à la palpation de l'épaule droite, de nettes instabilités, d'appréhensions et de craquements. Il conclut qu'en février 2010, tout comme en 2000, il n'y a pas eu de luxation de l'épaule. En résumé, il y a certes une nette laxité de l'épaule droite qui, évoluant depuis plus de dix ans, explique les lésions mises en évidence à l'IRM du 6 janvier 2011. Par décision sur opposition du 6 juillet 2012, l'assurance a rejeté l'opposition. Elle retient, principalement, sur la base de la jurisprudence, qu'une affection survenant simplement en effectuant un service au tennis ne peut pas être considérée comme étant due à un accident. L'assurance cite de nombreux arrêts du Tribunal fédéral et du Tribunal fédéral des assurances qui ont considéré, dans le cadre du sport, les mouvements qui étaient courants, normaux dans le genre de sport examiné, sans qu'il s'agisse d'un évènement inhabituel ou qui font partie intégrante du déroulement habituel de ce genre d'activités sportives ne constituait pas un accident, car la lésion n'est pas due à un facteur extérieur extraordinaire. Par ailleurs, il ne s'agit pas non plus d'un déboîtement d'articulation ou d'une luxation, de sorte qu'à défaut de lésion assimilée à une lésion accidentelle au sens de l'art. 9 OLAA, il s'agit, a contrario, d'une maladie. Par acte du 10 septembre 2012, l'assuré forme recours et conclut à l'annulation de la décision sur opposition et à ce que l'assurance prenne intégralement en charge les frais relatifs à l'accident du 7 février 2010. En substance, il répète que l'évènement querellé est un accident, par analogie avec la jurisprudence l'ayant retenu lors d'un mouvement de torsion brutal avec un appui sur le pied gauche ayant entraîné une déchirure du tendon d'Achille (ATAS/45/2006). En second lieu, et à défaut, l'assuré a subi une luxation, conformément aux constatations concordantes des Drs M_____, M_____ et O_____. Le bref entretien du 16 mai 2012 avec le Dr N_____, soit deux ans après les faits et douze ans après celui datant de 2000 n'est pas convaincant, ce d'autant moins que ce même spécialiste concluait précédemment que les IRM indiquaient qu'il s'agissait d'une luxation. Il s'agit donc d'une lésion assimilée à un accident, qui commande l'intervention de l'assurance. Par mémoire-réponse du 29 octobre 2012, l'assurance conclut au rejet du recours. S'agissant du caractère accidentel de l'évènement, la jurisprudence citée par le recourant n'est pas applicable, puisqu'il s'agissait d'une rupture d'un tendon d'Achille suite à un demi-tour brutal de l'assuré pour rattraper une balle lobée, ce d'autant moins que la question de savoir si on avait à faire à un accident au sens de l'art. 4 LPGA était restée indécise dans l'arrêt cité. S'agissant du diagnostic, il s'agit de subluxation, ce qui ne rentre pas dans le cadre de l'art. 9 al. 2 OLAA, ne s'agissant pas d'une luxation, la jurisprudence et la doctrine citées par le recourant ne traitant pas de cette question spécifique. Les rapports du Dr N_____ exposent pour le surplus les motifs pour lesquels il convient de conclure à un cas de subluxation. Les parties ont été informées le 19 novembre 2012 que la cause était 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Le recours a été interjeté dans le délai de recours de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance des suites de l'événement du 7 février 2010, et singulièrement sur l'existence d'un événement accidentel ou d'une lésion assimilée à un accident. 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) Le critère du facteur extérieur extraordinaire 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 du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé »). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admis, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement 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). 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 118 consid. 2.2 et les arrêts cités). Dans le cadre du sport, à titre d'exemple, le Tribunal fédéral des assurances a bien qualifié de cause extérieure la modification de la pression subie par le corps humain dans l'exercice de la plongée (arrêt R. du 7 février 1984, U 32/82 publié dans CNA 1984 n° 2, p. 3) ou en cas d'accélération de la pesanteur lors du brusque changement de la trajectoire d'un avion (arrêt non publié F. du 28 juin 2002, U 370/01), il a en revanche nié le caractère extraordinaire de

ces facteurs extérieurs. Il en va de même d'une roulade effectuée au cours d'une leçon de gymnastique ayant entraîné des douleurs dans la nuque (arrêt non publié Winterthur du 28 juin 2002, U 98/01), des effets d'un tour en manège forain (RAMA 1996 n° U 253 p. 205 consid. 6a) ou d'un freinage d'urgence en voiture sans collision (arrêt non publié X du 3 août 2000, U 349/99), ayant conduit à une distorsion de la colonne cervicale. De même, l'exécution légèrement imparfaite d'une figure de gymnastique ou d'un mouvement dans l'exercice d'un sport ne constitue pas, selon la jurisprudence, un accident au sens de la loi (arrêts non publiés SWICA du 21 septembre 2001, U 134/00; S. du 1er avril 1998, U 304/97), le choc ressenti en raison du mauvais positionnement du corps lors de la pénétration dans l'eau à l'occasion d'un plongeon d'une hauteur de sept mètres, n'a pas été qualifié de facteur extraordinaire (arrêt non publié du 10 décembre 2002, U 17/02). Le Tribunal fédéral a retenu que le fait de subir une charge contre la balustrade au cours d'un match de hockey sur glace peut être considéré comme un mouvement non programmé excédant ce que l'on peut objectivement qualifier de normal et habituel ("mouvement non coordonné"), de sorte que l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire a été admis dans ce cas (ATF 130 V 118). Il a estimé que dans la mesure où il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la culbute sur le caisson effectuée s'est déroulée de manière non programmée, le caractère extraordinaire et partant l'existence d'un accident doivent être niés (arrêt n.p. du 14 avril 2005, U 164/04). Il a estimé que, par rapport aux mouvements de la vie quotidienne, le basketball présente à l'évidence un potentiel de danger accru (course, accélérations, mouvements brusques en avant, en arrière et de côté, arrêts brusques). Même pour une personne qui pratique régulièrement ce sport, cela ne représente pas des gestes de la vie courante, comme le fait de se déplacer dans une pièce, se lever, se coucher ou s'asseoir. Une brusque rotation du haut du corps dans une phase de jeu plus ou moins critique (sous le panier), alors que les pieds restent fixes, constitue une sollicitation du corps plus importante que la normale, ce qui permet d'admettre que la condition du facteur extérieur est remplie par ce mouvement plus ou moins antinomique. Toutefois, ce mouvement ne constitue pas un mouvement du corps non coordonné, qui survient quand le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encouler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, de sorte que le facteur extraordinaire a été nié (arrêt n.p. du 12 mars 2008, 8C_180/2007). Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents 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 les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: 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 et h) les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et les références). Pour ces lésions, toutes les conditions constitutives de l'accident - à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure - doivent être réalisées (ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2). D'après la jurisprudence, une luxation constitue un déboîtement d'articulation au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF non publié 8C_1019/2009 du 26 mai 2010, consid. 5.2; ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 3.3). a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale)

supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, 2000, p. 268). b) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). d) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut ainsi accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). e) Sauf dispositions contraires 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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). En l'espèce, l'assurance a décidé à juste titre que le fait de frapper fortement, voire violemment une balle lors d'un service au tennis n'avait pas le caractère extraordinaire de la cause extérieure indispensable pour admettre l'existence d'un accident au sens de la loi et de la jurisprudence. Il ne fait pas de doute, à l'instar de la

situation du basketteur, que la torsion du corps, le moulinet du bras, puis la forte frappe de la balle à toute volée remplit la condition du facteur extérieur, car il ne s'agit pas de gestes de la vie courante. Toutefois, le service fait partie intégrante du déroulement normal d'une partie de tennis, que ce soit de compétition ou lors de l'échange de balles entre amis. Le fait que le service soit violent est habituel entre joueurs de tennis expérimentés et est nécessaire pour gagner le point. En admettant même que le service eût été mal exécuté (mauvaise position du corps ou torsion anormale du bras en raison d'un mauvais lancer de la balle), ce qui n'est pas allégué, cela ne constituerait pas pour autant une cause extérieure extraordinaire, à défaut d'avoir par exemple été heurté par quelqu'un lors de la frappe ou d'avoir trébuché. Sur ce point, la décision querellée est bien fondée. S'agissant de la lésion assimilée à un accident, l'assurance se fonde sur l'avis du Dr N_____ pour exclure l'existence d'une luxation, ce qui correspond à un déboitement de l'articulation selon l'art. 9 al. 2 OLAA. Or, l'avis de ce médecin n'est pas convaincant à plusieurs égards. Tout en admettant que l'IRM pratiquée le 6 janvier 2011 montre des lésions compatibles avec une luxation, il nie son existence sur la base de suppositions. Dans un premier temps, il justifie sa position par le fait qu'il est impossible de réduire seul une luxation. Cet avis est peut-être exact, mais encore faut-il dans ce cas le justifier, par exemple en se fondant sur la littérature médicale, compte tenu de l'objection motivée du Dr M_____ sur ce point. Le Dr N_____ en déduit donc que l'assuré doit cacher l'existence d'un autre évènement et, malgré le fait que l'épisode de 2000-2001 ne soit pas élucidé (on ne sait pas si l'assuré a alors subi une luxation ou une sub-luxation, à défaut de rapport médical et d'imagerie), il affirme sans motivation que les lésions sont dues à cet accident-là, tout en retenant que les deux évènements sont comparables. Ce point de vue est pour le moins contradictoire, car si les évènements sont comparables et que les lésions sont bien dues à une luxation, celui de 2010 implique donc une luxation, de sorte qu'il faut ensuite expliquer pourquoi les troubles litigieux seraient plutôt dus à celui de 2000-2001. Alors que l'assuré a toujours indiqué avoir continué à pratiquer le tennis après l'évènement de 2000-2001, et en particulier lors de l'examen par le Prof. L_____ en avril 2010, soit avant tout litige, le Dr N_____ fonde son avis sur la supposition, d'abord, que l'assuré n'a pas pu continuer à jouer, puisqu'il a tout de même dû "faire attention" durant 10 ans. Finalement, le Dr N_____ conclut que l'assuré a connu de multiples épisodes de luxation, en se fondant sur le courrier du Dr M_____ du 8 août 2011, alors que ce dernier mentionne la capacité de réduire "leurs épisodes de luxation" de certains de ses patients sans qu'il s'agisse de l'assuré. Pour l'ensemble de ces motifs, l'avis du Dr N_____, qui comporte des contradictions et qui est fondé pour partie sur des suppositions, n'est pas probant. De surcroît, au stade de l'instruction par l'assurance, non seulement le Dr M_____, mais également le Prof. L_____, ont conclu à l'existence d'une luxation lors de l'évènement de février 2010, en se fondant sur l'anamnèse et sur l'imagerie. Leurs conclusions sont nuancées, en ce sens qu'ils ne nient pas que l'épaule droite connaissait une condition préexistante avant l'évènement de 2010, mais confirment le lien entre celui-ci et les lésions notamment en l'absence de trouble entre 2000 et 2010, de sorte que la guérison a été complète. De même, ces deux spécialistes confirment qu'après la luxation du 7 février 2010, l'assuré a connu une multiplication d'épisodes de sub-luxation, son épaule ne se remettant pas, malgré la physiothérapie, le taping et l'absence de service, à la différence de la situation après l'évènement de 2000-2001. Ainsi, ces deux avis sont suffisamment motivés et fondés sur des éléments objectifs, écartés sans raison par le Dr N_____, pour que l'on doute du bien-fondé de l'avis de ce dernier. Il s'avère toutefois que la Cour ne peut pas trancher le

litige sur la seule base de ces deux avis, car il n'est pas encore établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ait subi une luxation en février 2010. En particulier, la Cour de céans ne peut pas déterminer, sans substituer son avis à celui des médecins, s'il est véritablement possible de réduire seul et quelles manœuvres doivent être pratiquées dans le cas d'une luxation du type de celle subie par l'assuré le 7 février 2010, compte tenu des explications claires de l'assuré, selon lequel l'épaule s'était remise d'elle-même sans mouvement particulier. De même, il subsiste un doute sur les luxations ou subluxations subies par l'assuré entre 2000 et 2010 et leurs éventuelles suites. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans conclut que l'intimée - tout comme la Cour - ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en toute connaissance de cause, respectivement, s'est fondée sur un avis empreint de suppositions, de sorte que la décision sur opposition du 6 juillet 2012 repose sur un état de faits incomplet, est mal motivée, et doit, par conséquent, être annulée. Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210). En l'espèce, la Cour de céans retient que l'intimée devait réaliser que l'avis du Dr N_____ n'était pas probant, compte tenu des conclusions pertinentes du Dr M_____ et du Prof. L_____, de sorte qu'il lui appartenait de poursuivre l'instruction, en interrogeant l'assuré, le Dr M_____ et le Dr N_____ sur l'ensemble des accidents, lésions, consultations spécialisées et bons de physiothérapies ou d'imageries délivrés entre 2000 et 2010 (le cas échéant en exigeant de l'assuré une attestation de l'assurance-maladie concernant les éventuels physiothérapeutes consultés afin de les interroger sur les troubles traités). Un fois cet élément de l'anamnèse définitivement établi, l'intimée devait solliciter l'avis d'un autre expert, afin de répondre aux questions en suspens s'agissant de savoir si l'assuré a subi une luxation ou une sub-luxation le 7 février 2010 et notamment s'il est possible qu'il l'ait réduite seul. Si la luxation est retenue, les conditions de l'art. 9 al. 2 OLAA sont réalisées, dès lors que le facteur extérieur est admis, sauf à retenir que les lésions objectivement constatées peuvent être attribuées sans aucun doute à un autre évènement traumatique, voire à une maladie dégénérative. La cause sera renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants. Ainsi, le recours est partiellement admis, la décision du 6 juillet 2012 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. L'assuré obtenant partiellement gain de cause, une indemnité limitée à 1'500 fr, lui est allouée, l'activité du mandataire étant limitée à la rédaction d'un acte de recours. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement, annule la décision de

l'intimée du 6 juillet 2012 et lui renvoie la cause pour instruction complémentaire au sens des considérants. Condamne l'intimée au versement d'une indemnité de 1'500 fr. au recourant, à titre de dépens. 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.