

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1410/2010

ATAS/872/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 20 septembre 2011

8^{ème} Chambre

En la cause

HOTELA CAISSE MALADIE, rue de la Gare 18, 1820 Montreux,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-
Henri GAPANY

recourant

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise Mythenquai 2,
8002 Zurich

intimés

Monsieur M _____, domicilié à Genève.

AUXILIA ASSURANCE-MALADIE SA, sise Tribschenstrasse
21, case postale 2568, 6002 Lucerne.

Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant; Evelyne BOUCHAARA et Teresa SOARES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après : l'assuré), né en 1947, chauffeur de taxi indépendant, est assuré contre les accidents selon la LAA par ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur accidents).
2. Selon déclaration du 14 juin 2009, l'assuré a annoncé la survenance d'un accident le 9 juin 2009 à environ 18h00 devant l'aéroport de Genève. Alors qu'il sortait une lourde valise du coffre de sa voiture, il s'est fait mal au niveau du bras droit et de l'épaule droite, lésions occasionnant des douleurs du bras et de l'épaule.
3. Le 24 juin 2009, la Dresse A_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, diagnostiqua une tendinite de l'épaule droite ainsi qu'une lésion de la coiffe des rotateurs.
4. Selon questionnaire rempli par l'assuré le 8 juillet 2009, ces douleurs étaient survenues alors qu'il sortait une valise d'environ 30 kg du coffre de sa voiture. Il considérait cette activité comme habituelle et s'étant déroulée dans des conditions normales. Il ne s'était rien produit de particulier à cette occasion. Les douleurs avaient été ressenties immédiatement. Aucune douleur n'avait été ressentie auparavant. Il n'y avait pas de témoin de l'événement.
5. Par courrier du 23 juin 2009, l'assureur accidents fit savoir à l'assuré que les conditions d'un accident n'étaient pas réalisées, l'invita à déclarer le sinistre à sa caisse maladie et mentionnait que ce dernier pouvait informer l'assureur s'il souhaitait recevoir une décision formelle.
6. L'assuré subit une intervention chirurgicale pratiquée par le Dr B_____ le 20 août 2009.

Selon protocole opératoire du 31 août 2009, l'intervention consista dans une suture de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie et acromioplastie arthroscopique de l'épaule droite, en raison d'une déchirure de la coiffe des rotateurs à ladite épaule.

7. L'assuré subit un examen par arthro-IRM de l'épaule le 29 juin 2009. Selon les conclusions du 30 juin 2009 de cet examen, l'arthro-IRM confirmait une déchirure complète du tendon du muscle sus-épineux, le moignon tendineux se situant à l'aplomb de l'acromion. L'examen montra également un clivage intratendineux débutant dans la partie supérieure du tendon du muscle sous-épineux et du tendon du muscle sous-scapulaire, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire avec ostéophytose marginale importante, ostéophyte sous-acromiale.
8. L'assuré fut également soumis à une échographie de l'épaule gauche le 10 juin 2009.

Selon rapport du 13 juillet 2009, il n'y avait pas d'argument échographique évocateur d'une nouvelle déchirure significative (perforation transfixiante, déchirure complète) des tendons de la coiffe des rotateurs gauches. Il était conclu à un aspect cicatriciel avec un petit amincissement de l'extrémité distale du tendon du muscle sus-épineux dans un contexte postopératoire.

9. Par courrier du 24 septembre 2009, HOTELA CAISSE MALADIE (ci-après : la recourante) invita l'assureur accidents à rendre une décision formelle lui permettant, le cas échéant, de faire valoir son droit d'opposition.
10. Le 30 octobre 2009, l'assureur accidents adressa à l'assuré une décision. L'assureur accidents considérait que même si l'objet soulevé était lourd, il s'agissait d'un geste habituel. En conséquence, la condition d'une action extérieure extraordinaire faisait défaut, de sorte que l'événement considéré n'était pas un accident et qu'en conséquence aucune prestation n'était due en vertu de la LAA. Il était considéré qu'il s'agissait juridiquement d'une maladie. Cette décision fut également communiquée à la recourante.
11. Celle-ci déclara faire provisoirement opposition, par courrier du 13 novembre 2009.
12. Par courrier du 21 janvier 2010, l'assureur accidents interpela la recourante, l'invitant à se déterminer d'ici au 15 février 2010.
13. Par pli du 25 janvier 2010, la recourante maintint son opposition, relevant qu'en présence d'un diagnostic de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, il s'agissait d'une lésion corporelle assimilée à un accident qui devait être indemnisée par l'assureur LAA, compte tenu de l'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru.
14. Par décision sur opposition du 3 mars 2010, l'assureur accidents rejeta l'opposition formée par la recourante et confirma sa décision du 30 octobre 2009. Il ne faisait aucun doute qu'une déchirure complète de la coiffe des rotateurs permettait d'admettre que l'on était en présence d'une lésion assimilée à un accident, au sens de l'article 9 alinéa 2 OLAA. Toutefois, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'était pas donnée puisque l'assuré faisait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante. Il était fait référence à la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle le fait qu'un assuré soulève une valise d'environ 20 kg, ne remplissait pas les conditions du facteur dommageable. Elle citait également un arrêt du Tribunal fédéral relatif à un sac à dos d'un poids de 25 à 30 kg.
15. La recourante contesta ladite décision sur opposition, par acte adressé à l'ancien Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, le 19 avril 2010. Elle concluait à ce que ladite décision sur opposition soit annulée et à ce que l'assureur accidents soit condamné à prendre en charge le cas suite à l'accident du 9 juin 2009

et à fournir toutes les prestations en vertu de la LAA, et en particulier les indemnités journalières.

Il était reproché à l'assureur accidents d'avoir mal appliqué la jurisprudence relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il était cité d'autres références de jurisprudence et relevé que le fait de devoir sortir une valise pesant environ 30 kg nécessitait un mouvement brusque et inhabituel, lequel était considéré comme un facteur dommageable extérieur au sens de la jurisprudence. La différence de poids entre une valise de 20 kg et une valise de 30 kg était très importante.

16. L'assureur accidents répondit le 1^{er} juin 2010, concluant à ce que le recours soit intégralement rejeté et la décision entreprise confirmée.

L'assureur accidents constatait que les parties s'accordaient sur le fait que la seule question de l'exigence d'un facteur dommageable extérieur était litigieuse. Il était relevé que le fait pour un chauffeur de taxi de sortir une valise de 30 kg du coffre de sa voiture n'était pas une activité présentant un risque de lésion accru. De par sa profession, l'assuré était habitué à transporter des bagages tels que des valises ou des sacs de voyage. Par ailleurs, cette activité ne nécessitait pas un mouvement brusque et inhabituel. En effet, si une certaine force était nécessaire, le mouvement n'était pas incontrôlé.

17. Par ordonnance du 7 juillet 2010, le Tribunal appela en cause l'assuré et l'invita à se déterminer.

18. Il adressa sa détermination au Tribunal cantonal des assurances sociales le 12 septembre 2010. Il expliquait que, le jour de l'accident, il avait pris un client dans un hôtel, de sorte que les bagages avaient été chargés dans son véhicule par un bagagiste. Les deux dernières valises, les plus lourdes, étaient imbriquées de manière serrée, de sorte qu'il avait dû tirer fortement pour débloquer l'une d'elles. Il avait alors constaté que le bagage était lourd, puisqu'il avait estimé son poids à environ 30 kg, alors qu'il ne portait que rarement des valises ayant un poids de plus de 20 kg. Ce mouvement avait déclenché une violente douleur.

Il fallait aussi tenir compte de sa taille (1m50) et de sa constitution moyenne, éléments qui l'avaient amené à se consacrer plutôt au service de limousine et à limiter son activité de chauffeur de taxi, activité nécessitant plus souvent le port de valises.

Il s'ensuivait que l'exigence d'un facteur extérieur était réalisée, le mouvement litigieux n'étant pas habituel.

Il déclarait ainsi adhérer aux conclusions de la recourante et concluait à l'annulation de la décision sur opposition du 3 mars 2010, ainsi qu'à la prise en charge du cas

par l'assureur accidents, soit le versement des prestations LAA, en particulier les indemnités journalières.

19. Les parties furent entendues en comparution personnelle le 7 octobre 2010, à l'exception de l'assureur accidents qui ne se présenta pas à l'audience.

L'assuré précisa consacrer environ 70 % de son temps au service de limousine. Dans ce cadre, il transportait des hommes d'affaires qui n'avaient qu'un bagage léger pour la journée. Le reste du temps, il travaillait comme taxi. Il avait souvent des bagages, mais essayait de les éviter en limitant les courses à la gare et à l'aéroport et en refusant les bagages trop lourds, à moins d'aller prendre un avion privé permettant de ne pas avoir à décharger.

A 20 ans, l'assuré avait été bagagiste dans un hôtel et avait ainsi l'habitude d'évaluer le poids des bagages. La valise litigieuse pesait entre 28 et 30 kg.

Son arrêt de travail complet avait duré jusqu'en mars ou avril 2010, après quoi il avait repris un mois à 50 %, avant de pouvoir reprendre son activité à plein temps en mai 2010. Il avait été couvert en perte de gain par la recourante.

Le représentant de la recourante indiqua que l'assuré n'était couvert que pour des indemnités journalières LAMal, à l'exclusion de l'assurance de base pour les soins et de toute couverture LCA.

L'assuré et la recourante renoncèrent à l'audition de témoins et au dépôt d'observations complémentaires.

20. A l'issue de l'audience, le Tribunal fixa un délai à l'assuré pour la production de documents établissant ses couvertures d'assurance-maladie pour l'année 2009. Les parties étaient informées que la cause serait ensuite gardée à juger.
21. Par courrier du 13 octobre 2010, le recourant communiqua au Tribunal des documents (attestation d'assurances LCA pour lui-même et police d'assurance LAMal pour son épouse, pour l'année 2008) ne permettant pas de déterminer sa couverture pour l'assurance de base des soins selon la LAMal en 2009.
22. Par ordonnance du 2 février 2011, la Cour de céans ordonna la production d'une attestation d'assurance de base selon la LAMal, concernant l'année 2009.
23. L'assuré fit parvenir à la Cour de céans une police d'assurance selon laquelle son assurance de base LAMal était AUXILIA (ci-après : la caisse maladie).
24. Cette caisse fut appelée en cause par ordonnance du 28 février 2011, et invitée à se déterminer.

25. Par écritures des 28 mars et 5 mai 2011, la caisse maladie conclut à ce qu'il soit statué sur la violation de son droit d'être entendu, à ce que la décision sur opposition du 3 mars soit annulée et l'affaire renvoyée à l'assureur accidents, afin qu'il donne l'occasion aux assureurs maladie de se déterminer sur le principe et l'ampleur d'une prise en charge avant de rendre une nouvelle décision. A titre subsidiaire, il était conclu à ce qu'il soit constaté que sa prise en charge des coûts soit limitée au 31 décembre 2009, date de la fin de sa couverture d'assurance.

La caisse expliquait que l'assurance accidents avait violé l'art. 48 al. 4 LPGA en omettant de lui notifier ses décisions, ce qui constituait une grave violation de son droit d'être entendu, laquelle suffisait à entraîner l'annulation de la décision attaquée.

Pour le surplus, il était relevé que la couverture pour les frais de traitement avait pris fin le 31 décembre 2009. Après cela, l'assuré avait été couvert par une autre caisse maladie.

26. La cause fut gardée à juger le 10 mai 2011.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

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

délais durant les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 lit a LPGA) et du report de délai échéant un samedi ou un dimanche au premier jour ouvrable suivant (art. 38 al. 3 LPGA).

Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'évènement du 9 juin 2009 est de caractère accidentel ou non.
5. Au préalable, la caisse maladie invoque la violation de son droit d'être entendu et de l'art. 49 al. 4 LPGA à l'appui de ses conclusions en annulation de la décision litigieuse.

A teneur de l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

En l'espèce, la décision litigieuse n'a pas été en communiquée à la caisse maladie qui n'a ainsi pas été en mesure d'exercer son droit de recours.

Ceci étant, ce vice a été réparé par l'appel en cause de la caisse maladie dans la présente procédure. Ledit appel en cause a en effet conféré la qualité de partie à la caisse maladie et lui a donné l'occasion de s'exprimer pleinement sur le sort de la cause, après avoir pu prendre connaissance de l'ensemble du dossier. La caisse maladie a ainsi été placée dans la même situation que si elle avait reçu la décision entreprise.

A ce sujet, il sera noté que l'art. 49 al. 4 LPGA n'a pas pour objet de faire participer un assureur touché par une décision à rendre à la procédure conduisant à ladite décision, mais uniquement de la lui communiquer, afin qu'il puisse, cas échéant, former recours.

Les conclusions en annulation de la décision de l'assureur accidents au motif de la violation du droit d'être entendu de la caisse maladie seront ainsi rejetées.

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

Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;
- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;
- h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b p. 147).

D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs est assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

En effet, la jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère «extraordinaire» de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4

LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie.

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA.

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

7. En l'espèce, en présence d'une rupture de la coiffe des rotateurs, l'on se trouve en présence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, ce que les parties admettent.

Il s'ensuit qu'il convient de rechercher si un élément extérieur est à l'origine des lésions de l'assuré, sans qu'il ne soit nécessaire que l'élément extérieur soit extraordinaire.

Selon la déclaration de l'assuré du 8 juillet 2009, la lésion est survenue alors que, dans l'exercice de sa profession de chauffeur de taxi, il sortait une valise d'environ 30 kg du coffre de son véhicule. Toujours selon sa déclaration, cette activité était habituelle et s'était déroulée dans des conditions normales, sans que rien de particulier ne se soit produit.

Certes, l'assuré a par la suite expliqué dans sa détermination du 12 septembre 2010 que les valises étaient imbriquées ce qui avait nécessité de les tirer plus fortement, de sorte que le mouvement n'était pas habituel.

Toutefois, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

Il sera ainsi tenu compte de la première version de l'assuré.

Il sera par ailleurs relevé que selon la détermination de l'assuré du 12 septembre 2010 et ses déclarations lors de l'audience du 7 octobre 2010, ce dernier avait l'habitude d'évaluer le poids des bagages pour avoir été bagagiste dans un hôtel lorsqu'il était plus jeune.

Dans ces conditions, le caractère extérieur de l'évènement litigieux doit être nié. En effet, la manipulation de valises de clients constitue une activité habituelle pour un chauffeur de taxi, ce que ce dernier a lui-même reconnu à l'occasion de sa première déclaration. Il a également reconnu que l'évènement litigieux s'est déroulé dans des conditions normales. De surcroît, fort de son expérience, l'assuré avait été en mesure, avant d'effectuer la manipulation litigieuse, d'évaluer le poids de sa valise qui ne l'a donc pas surpris.

En définitive, l'on ne discerne aucun élément extérieur à l'origine des lésions de l'assuré, de sorte que le caractère accidentel de ce dernier doit être nié.

8. Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le 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 par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF; 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

Le président

Isabelle CASTILLO

Thierry STICHER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le