RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2416/2021 **ATAS/151/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 février 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame **A_____**, domiciliée _____, GENÈVE, représentée par B_____ [société] — recourante

contre

C_____ [compagnie d'assurances], _____, ZURICH — intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1971, travaillait depuis le 1er juillet 2018 en qualité d'employée de banque à plein temps auprès de D_____ (ci-après : l'employeur) jusqu'à son licenciement (pour un terme ne ressortant pas des pièces du dossier), assorti d'une libération de l'obligation de travailler à compter du 21 août 2020. À ce titre, elle était assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de C_____ (ci-après : l'assureur ou l'intimée).

b. Selon une déclaration de sinistre, non datée, établie par l'employeur, reçue le 19 novembre 2020 par l'assureur, l'assurée avait été victime d'un accident le « 15 octobre 2020 à 0h00 » [recte : « le 15 septembre 2020 à 12h00 »] en découpant et en décortiquant un poulet cru à la maison. Suite à cela, elle avait développé une allergie à la main (pouce et index), puis au poignet gauche et, enfin, sur tout le corps.

c. Par pli du 2 décembre 2020, l'assurée a précisé à l'attention de l'assureur que le 15 septembre 2020, elle avait décidé de cuisiner un morceau de volaille, soit une cuisse de poulet entière avec son haut et son bas de cuisse. La viande était crue et en un seul morceau. Elle avait essayé, au moyen d'un couteau de cuisine, de partager cette pièce en deux parts au niveau de l'articulation, sans y parvenir totalement. Elle avait alors décidé de finir de séparer ces deux parts, toujours liées par une partie de chair et de cartilage, de ses propres mains. Elle avait saisi le bas de cuisse de la main gauche, à l'aide de son pouce, de l'index et du reste de la main, et le haut de cuisse de la même manière, avec sa main droite. Tout en tirant sur les deux parties en sens opposés, elle avait effectué un mouvement de rotation des deux mains vers l'extérieur pour achever de les séparer. À ce moment-là, elle avait ressenti une douleur assez vive à gauche, au niveau de la pince de la main, c'est-à-dire à la base du pouce et de l'index gauche. Elle n'avait jamais été blessée à ses mains jusqu'au jour de l'accident.

Invitée à indiquer si l'activité exercée au moment de l'événement lui était coutumière, l'assurée a répondu par l'affirmative, en ce sens qu'elle cuisinait tous les jours et depuis son adolescence et qu'elle cuisinait au moment de l'accident. En revanche, elle n'avait pas l'habitude de couper du poulet cru. Elle achetait habituellement du blanc de poulet ou un poulet entier qu'elle n'avait pas besoin de couper. Elle avait cuisiné, ce jour-là, du poulet acheté par son mari.

Elle avait consulté, le 15 octobre 2020, la doctoresse E_____, spécialiste en médecine interne générale, dont les médicaments prescrits avaient provoqué une allergie généralisée sur tout le corps, affection qui avait été prise en charge par F_____ (ci-après : l'assureur-maladie) et pour laquelle elle était toujours en traitement à ce jour. Elle suivait également des séances d'ergothérapie de la main

sur prescription du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, en orthopédie et traumatologie. Enfin, elle a précisé qu'elle portait toujours des attelles, une pour le jour et l'autre pour la nuit, à la main gauche. L'office cantonal de l'emploi avait rejeté son inscription au chômage car elle était toujours en arrêt de travail.

d. Dans un rapport du 11 décembre 2020, le Dr G_____ a posé le diagnostic de pouce gauche à ressaut post-traumatique.

e. Par certificat du 14 janvier 2021, le docteur H_____, allergologue et immunologue FMH, a diagnostiqué une allergie de contact à l'étofénamate (Traumalix® Gel).

f. Dans un rapport du 27 janvier 2021, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine générale et en médecine du sport (SSMS), a posé le diagnostic de pouce gauche à ressaut.

B. **a.** Par décision du 8 février 2021, notifiée en copie à l'assureur-maladie, l'assureur a refusé toute prestation à l'assurée pour les suites de l'événement du 15 septembre 2020, motif pris que celui-ci ne répondait pas à la définition d'un accident. Cette notion impliquait notamment la présence d'une cause extérieure extraordinaire, soit un facteur exogène au corps humain. Le caractère extérieur extraordinaire de l'atteinte concernait le facteur lui-même et non pas les effets de ce facteur, c'est-à-dire les conséquences importantes ou inattendues qu'il pouvait avoir. Le facteur extérieur était considéré comme extraordinaire lorsqu'il excédait le cadre des événements et des situations qu'on pouvait qualifier de quotidiens ou d'habituels. En se référant à la description de l'événement du 15 septembre 2020 par l'assurée, la cause extérieure, soit le facteur exogène au corps humain, faisait défaut, son caractère extraordinaire également. Par ailleurs, les conditions d'une prise en charge du cas sous l'angle d'une lésion corporelle assimilée à un accident n'étaient pas remplies non plus.

b. Le 11 mars 2021, l'assurée, assistée de son assurance de protection juridique, a formé opposition à cette décision en faisant valoir en substance que pour déterminer son droit aux prestations sous l'angle d'une lésion assimilée à un accident, il était nécessaire d'éclaircir les aspects médicaux du cas. De son point de vue, le diagnostic de pouce à ressaut ne permettait pas de déterminer clairement la nature de la lésion subie au pouce, notamment s'il s'agissait bien d'une déchirure du tendon assimilée à un accident. En conséquence, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision et à ce qu'il soit procédé à une nouvelle instruction du dossier en vue de clarifier la nature de la lésion subie.

À l'appui de son opposition, elle a produit une échographie de son pouce gauche, réalisée le 21 janvier 2021 par le docteur J_____, radiologue FMH, laquelle avait été prescrite par le Dr G_____ en raison de la persistance d'un syndrome à

ressaut post-traumatique et pour un bilan local, complété par une infiltration. Selon le Dr J_____, l'échographie confirmait la présence d'un syndrome de « pouce à ressort » (sic) avec tuméfaction de la poulie annulaire A1 qui montrait un aspect hypoéchogène du tendon LFP [NDR : tendon du long fléchisseur du pouce]. Il n'y avait pas de kyste décelable et l'infiltration s'était très bien déroulée.

c. Le 29 mars 2021, l'assurée a transmis à l'assureur :

- un rapport du 12 mars 2021 du docteur K_____, radiologue FMH, relatif à une IRM du pouce gauche réalisée la veille, concluant à des séquelles d'un status après impaction et léger enfoncement cortical aux dépens du versant radial de la base de la phalange proximale du pouce. Il notait également la présence d'une légère hétérogénéité avec épaississement de la poulie A1 métacarpo-phalangienne du pouce et d'une synovite métacarpo-phalangienne importante du pouce et des articulations métacarpo-phalangiennes du deuxième et troisième rayons et du tendon fléchisseur du pouce ;

- un rapport du 18 mars 2021 du Dr G_____, indiquant que suite à un traumatisme de son pouce gauche, l'assurée avait présenté tout d'abord une ténosynovite post-traumatique se manifestant par un pouce à ressaut, confirmée par ultrason. L'assurée avait alors bénéficié d'un traitement par ergothérapie qui avait apporté une résolution partielle seulement. Un nouvel ultrason, effectué le 21 janvier 2021, confirmait la persistance de la ténosynovite post-traumatique résiduelle. Malgré l'infiltration effectuée à la même date, les douleurs avaient persisté, nécessitant la mise en œuvre d'une IRM du pouce gauche le 11 mars 2021 qui avait révélé, entre autres, la persistance d'une synovite de l'articulation « MCP 1 » [NDR : métacarpo-phalangienne du pouce] et une inflammation locale de l'articulation MCP 1, suite à la fracture impaction intra-articulaire de la base de « P1 D1 » [NDR : première phalange du pouce]. Le traitement serait ou bien « l'attente ou le repos », plus ou moins associés à de l'ergothérapie, ou bien une infiltration de cortisone (ou de « PRP » [NDR : plasma riche en plaquettes]) radio-guidée. Pour la ténosynovite ainsi que les synovites touchant les deuxième et troisième rayons, une consultation rhumatologique pourrait être organisée si celles-ci étaient symptomatiques.

d. Par décision du 11 juin 2021, l'assureur a rejeté l'opposition en faisant valoir que l'assurée avait donné une description précise de l'événement du 15 septembre 2020. Même si l'assurée n'avait, selon ses dires, pas l'habitude de couper du poulet cru et qu'elle avait dû employer une certaine force pour désarticuler deux morceaux, le caractère extraordinaire de cet événement faisait clairement défaut, notamment en l'absence de mouvement non coordonné. Il n'y avait pas lieu de retenir non plus de droit aux prestations sur la base de la liste des lésions

corporelles assimilées à un accident. En effet, il ne ressortait pas des rapports médicaux versés au dossier que l'assurée présentait une lésion de cette nature. Dans ces conditions, la décision devait être confirmée sans qu'il soit nécessaire de procéder à des investigations complémentaires.

C. **a.** Par acte daté du 13 juillet 2021 mais posté le lendemain, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, principalement, à son annulation, à la prise en charge de l'événement du 15 septembre 2020 par l'intimée et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de dépens.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a fait valoir que l'événement du 15 septembre 2020 était constitutif d'un accident et, à défaut, d'une lésion corporelle assimilée à un accident. La recourante a également produit un rapport établi le 7 juin 2021 par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, par lequel cette praticienne indiquait notamment à propos du status post impaction du pouce, révélé par l'IRM du 11 mars 2021, que cette atteinte correspondait, à son avis, à l'atteinte traumatique subie en septembre 2020.

b. Par réponse du 10 août 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours en réitérant en substance la motivation de la décision attaquée.

c. Par pli du 2 septembre 2021, la recourante a indiqué que la réponse de l'intimée n'appelait pas de réponse particulière de sa part, qu'elle se référait aux arguments exposés dans son recours et qu'elle persistait intégralement dans ses conclusions.

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), 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.

2.

2.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'applique à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

2.2 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 29985 (LPA – E 5 10).

2.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

2.4 Dans la mesure où la décision du 11 juin 2021 a été notifiée le 14 juin 2021 au conseil de la recourante, le recours, posté le 14 juillet 2021, a été interjeté à temps. Celui-ci satisfait également aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), de sorte qu'il est recevable.

3. Le litige porte sur la question de savoir si l'événement du 15 septembre 2020 peut être qualifié d'accident ou être assimilé à un accident.

4. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

5.2 Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en

question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

5.3 Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

6.

6.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

6.2 Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est

pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

6.3 Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical.

L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

7.

7.1 Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

7.3 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars

2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

8. En l'occurrence, il convient d'examiner en premier lieu si l'événement qui s'est produit le 15 septembre 2020 répond à la définition d'un accident.

8.1 Il est constant qu'en tentant de séparer manuellement deux parties de cuisse poulet, toujours reliées par leur articulation malgré un travail préalable au couteau, la recourante a dû déployer un certain effort de ses membres supérieurs et que ce faisant, elle a ressenti une douleur assez vive à la base du pouce et de l'index de sa main gauche.

La décision litigieuse ne discute ni la présence d'un facteur extérieur ni le caractère soudain et involontaire de l'atteinte qui en a résulté, mais le caractère extraordinaire du facteur extérieur, compte tenu de l'absence de mouvement non coordonné. Pour sa part, la recourante soutient en substance que le découpage d'un poulet cru peut certes être qualifié de situation objective ou quotidienne mais que cela ne serait pas le cas pour elle dans la mesure où ses expériences et habitudes de cuisinière (achat de blanc de poulet ou d'un poulet entier nécessitant d'être découpé qu'après la cuisson) ne l'avaient pas préparée à faire face à la résistance d'une articulation de poulet pourtant en partie sectionnée au couteau et qu'ainsi, le caractère extraordinaire de l'atteinte serait réalisé.

Si la jurisprudence prend en considération la constitution physique, les habitudes (professionnelles ou autres) d'une personne prétendant à des prestations d'assurance, elle le fait avant tout dans le cadre des lésions dues à des efforts (soulèvement et déplacement de charges notamment), pour examiner si l'effort doit être considéré comme extraordinaire (cf. FRÉSARD/ MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3ème éd., 2016, n. 98 p. 924). En règle générale, la question est tranchée en fonction du poids de l'objet considéré, étant précisé que le déplacement d'objets de moins de 100 kg n'est pas considéré comme extraordinaire pour des assurés exerçant une activité manuelle (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd. 2020, n. 56 ad art. 4 LPGA). En revanche, pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le

déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5). On précisera encore que lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel de ce mouvement est influencé par un empêchement « non programmé » lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (cf. ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les réf.). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 164/04 du 14 avril 2005 consid. 1.2 et les réf.).

8.2 En l'occurrence, il ressort de la description de l'événement par la recourante que tout en tirant sur les deux parties de la cuisse de poulet crue en sens opposés, elle avait effectué un mouvement de rotation des deux mains vers l'extérieur pour achever de séparer ces deux morceaux de volaille, et que c'est à ce moment qu'elle a ressenti la douleur précisée plus haut.

Dans la mesure où ces faits n'impliquent ni soulèvement ni déplacement de charges, il y a lieu d'examiner la tentative de désarticulation de la cuisse de poulet, telle qu'elle a été décrite par l'assurée, selon les principes jurisprudentiels en matière de mouvements du corps. Ceci étant précisé, la présence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être niée dans le cas particulier dès lors que la résistance opposée par l'articulation de la cuisse de poulet (quand bien même elle aurait été importante), pas plus que « la période particulièrement stressante » de la vie de la recourante – que cette dernière invoque – ne sont à l'origine d'un mouvement non programmé et non maîtrisé de sa part (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_36/2013 précité, consid. 5).

Dans la mesure où les cinq conditions de la notion d'accident sont cumulatives (cf. ci-dessus : consid. 5.1) et qu'en l'espèce, celle du caractère extraordinaire du facteur extérieur fait défaut, la chambre de céans se dispensera d'examiner les autres conditions.

9. Il reste en revanche à déterminer si l'événement du 15 septembre 2020 est constitutif d'une lésion corporelle assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

9.1 À cet égard, l'intimée fait valoir qu'en l'absence d'un diagnostic tombant sous la disposition précitée, la présence d'une lésion corporelle assimilée devrait être niée. De son point de vue, les troubles diagnostiqués dans les rapports versés au dossier (pouce à ressaut et ténosynovite) ne seraient que des affections mais non

des déchirures de tendons au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LAA. Il en irait de même des « séquelles d'un traumatisme en extension du pouce le 15 septembre 2020 avec mise en évidence d'une impaction et léger enfoncement cortical du versant radial de la base de la phalange proximale du pouce gauche », mentionnés par la Dresse L_____ dans son rapport du 7 juin 2021.

Cela étant, il importe de relever que la liste des lésions assimilées de l'art. 6 al. 2 LAA comprend également les fractures (let. a) et que dans son rapport du 18 mars 2021, le Dr G_____ précise que les troubles de la main qu'il diagnostique (ténosynovite post-traumatique se manifestant par un pouce à ressaut, persistance des douleurs en mars 2021, ténosynovite des fléchisseurs et des tendons extenseurs de D2 et D3, synovite des articulations MCP 2 et 3, inflammation de l'articulation MCP1, etc.) font suite à la « fracture impaction intra-articulaire de la base de P1 D1 ».

9.2 Bien que le terme « fracture » ne soit employé que par ce spécialiste dans son rapport du 18 mars 2021, il n'en demeure pas moins qu'à réception de l'annonce d'une lésion relevant de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents est en principe tenu de prester, à moins de prouver que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion relevant de ladite liste. Si aucun événement initial ne peut être établi, ou seulement un événement tout à fait bénin ou anodin, cela simplifie de toute évidence la preuve libératoire de l'assureur-accidents. C'est en premier lieu aux médecins spécialisés qu'il incombe de procéder à la délimitation litigieuse en prenant en compte l'ensemble du spectre des causes à l'origine de la lésion corporelle en cause. Il convient ainsi de faire la lumière non seulement sur l'état antérieur, mais aussi sur les circonstances dans lesquelles les plaintes sont apparues pour la première fois. Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base d'évaluations médicales concluantes, que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si le spectre des causes se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve libératoire et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (arrêt du Tribunal fédéral ATF 146 V 51 consid. 8.6).

9.3 En recevant, en l'espèce, le rapport du 18 mars 2021 du Dr G_____, l'intimée ne pouvait pas faire l'économie d'une instruction médicale portant sur le terme « fracture » employé par ce praticien et – en cas de confirmation d'une telle atteinte au sens de l'art. 6 al. 2 let. a LAA –, sur les éléments exposés ci-dessus (consid. 9.2). Dans la mesure où elle s'est abstenue de telles mesures

d'instruction, la chambre de céans ne dispose pas de toutes les informations nécessaires pour pouvoir se prononcer sur le droit aux prestations litigieuses. On précisera encore que si l'instruction – qu'il incombera à l'intimée de mettre en œuvre – aboutissait non seulement à la confirmation d'une fracture au sens de l'art. 6 al. 1 let. a LAA, mais aussi à l'établissement d'un lien de causalité entre celle-ci et l'événement du 15 septembre 2020 invoqué, sans que ladite fracture soit due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, il suffirait que l'événement en question soit en partie à l'origine des troubles que la recourante présente principalement au niveau de sa main gauche. En effet, un (éventuel) état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement considéré ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (arrêt du Tribunal fédéral U 532/06 du 13 mars 2007 consid. 4.2.1 et les réf.). Dans l'affirmative, les obligations de l'assureur-accidents ne prennent fin que lorsqu'il apparaît que l'atteinte à la santé n'est plus imputable à l'événement, en particulier que cet état est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait sans doute atteint sans cet événement (arrêt U 532/06 précité, consid. 4.2.3).

10. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 11 juin 2021 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

11. Étant donné que la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS E 5 10.03).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 LPGA et 89H al. 1 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule décision sur opposition du 11 juin 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le _____