RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/442/2005 **ATAS/657/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème Chambre

du 17 août 2005

En la cause

Monsieur T_____, représenté par Maître NANCHEN Henri recourant

contre

VAUDOISE ASSURANCES, place de Milan, 1001 LAUSANNE intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente, Juliana BALDE et Karine STECK, juges.

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né en février 1967, a été engagé par la Banque X_____ à Genève en qualité de cambiste dès le 1er décembre 1999. Dans le cadre de son contrat de travail, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non-professionnels auprès de la VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après la VAUDOISE).

2. Par déclaration d'accident du 25 août 2004, l'employeur a annoncé à la VAUDOISE que, en date du 13 août 2004 vers 19h30, l'assuré qui jouait au beach-volley avait ressenti une douleur dans le coude droit lors d'un service et que cette douleur avait empiré depuis lors. Il n'y avait pas d'incapacité de travail.

3. Le 24 août 2004, l'assuré a consulté son médecin traitant, le Dr A_____, lequel a fait état, dans la déclaration d'accident LAA, d'un traumatisme musculaire-articulaire ainsi que d'une déchirure partielle du biceps droit. Dans son rapport initial du 11 septembre 2004 destiné à la VAUDOISE, il a précisé son diagnostic et conclu à une probable déchirure partielle du triceps uniquement due à l'accident. Selon les déclarations du patient, celui-ci a ressenti des douleurs aiguës au coude droit « suite à un mouvement de smash au cours d'un match de volley-ball ».

4. Selon le questionnaire rempli par l'assuré le 20 septembre 2004 pour la VAUDOISE, l'accident est survenu dans le cadre d'une activité occasionnelle qui s'est déroulée dans des conditions normales. L'assuré a déclaré qu'il avait ressenti une douleur au coude droit lors d'un smash.

5. En date du 5 octobre 2004, la VAUDOISE a rendu une décision selon laquelle elle refusait de prendre en charge les frais médicaux relatifs à l'événement du 13 août 2004, considérant que celui-ci ne constituait pas un accident et que la lésion ne pouvait pas non plus être assimilée à un accident au sens de la législation.

6. En date du 21 octobre 2004, la caisse maladie SANITAS a formé opposition à la décision précitée, puis l'a retirée par courrier du 28 octobre 2004, admettant la position de la VAUDOISE et acceptant de prendre en charge les frais de traitement liés au cas d'espèce.

7. Le 8 novembre 2004, l'assuré a formé opposition à la décision du 5 octobre 2004 de l'assureur-accidents. Il a allégué en premier lieu que le mouvement qu'il avait exécuté, à l'origine de la lésion, avait été effectué de façon incorrecte, raison pour laquelle ledit mouvement constituait une circonstance extraordinaire. Par ailleurs, l'assuré estimait que sa lésion du cartilage s'accompagnait de lésions ligamentaires et musculaires, affections qui selon lui étaient assimilées à un accident même sans circonstances extraordinaires.

8. En date du 29 novembre 2004, la VAUDOISE a rendu une décision sur opposition dans laquelle elle a maintenu sa position de refus vu, selon elle, l'absence de facteur extraordinaire dans la survenance de la lésion et le fait que le cas d'espèce ne constituait pas non plus une lésion assimilée à un accident.

9. En date du 24 février 2005, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la VAUDOISE du 29 novembre 2004, alléguant qu'il s'agissait manifestement d'une lésion assimilée à un accident et qu'il y avait eu une atteinte due à un facteur extérieur.

10. Dans son mémoire de réponse du 4 mars 2005, la VAUDOISE a conclu au rejet du recours pour les mêmes motifs que précédemment.

11. En date du 5 avril 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions du 24 février 2005.

12. Dans son mémoire de duplique du 13 avril 2005, la VAUDOISE a précisé qu'un smash pratiqué au beach-volley ne représentait pas une sollicitation corporelle physiologiquement anormale et psychologiquement incontrôlable et que dans ces conditions, l'on ne saurait considérer la chose comme un facteur extérieur significatif et semblable à un accident.

13. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

14. Les autres faits pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. Selon l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurances. La décision dont est recours étant intervenue le 29 novembre 2004, le recours du 24 février 2005 a été interjeté en temps utile et est dès lors recevable.

4. Les parties partent à raison du fait qu'un accident au sens de l'art. 4 LPGA ne s'est pas produit en l'espèce. Est dès lors litigieuse la question de savoir si la lésion en cause peut être assimilée à un accident.

5. 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 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA), qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

   a. les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie;
   b. les déboîtements d'articulations;
   c. les déchirures du ménisque;
   d. les déchirures de muscles
   e. les froissements de muscles;
   f. les déchirures de tendons;
   g. les lésions de ligaments;
   h. les lésions du tympan.

   Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a, 147 consid. 2b, et les références; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., 1989, p. 202). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 sv. consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b; Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 p. 84).

   Dans un récent arrêt (ATF 129 V 466), le Tribunal fédéral des assurances précise les conditions d'octroi des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un accident. Confirmant sa jurisprudence publiée aux ATF 123 V 43 et dans RAMA

2001 U 435 p. 332, il rappelle qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées. Il souligne qu'en cette matière, l'existence d'une cause extérieure - soit un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance - revêt une portée particulière en ce sens qu'à défaut, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs dont la prise en charge incombe à l'assurance-maladie (ATF 129 V 468 consid. 4, 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 consid. 2c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 U no 435 p. 332, 1988 U no 57 p. 373 consid. 4b; Bühler, loc. cit., p. 87).

Aussi convient-il de nier l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant des symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. L'apparition de douleurs en tant que telle ne constitue pas une cause extérieure au sens de la jurisprudence. En d'autres termes, l'on ne saurait considérer la condition posée à l'existence d'un facteur dommageable extérieur comme réalisée du seul fait qu'à un moment précis, l'assuré a éprouvé des douleurs pour la première fois. L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas non plus donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après qu'il ait accompli un geste de la vie courante. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique. C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. Celui qui éprouve des douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc., ne saurait dès lors se prévaloir d'une lésion corporelle assimilée à un accident. A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 470 consid. 4.2.2). Par contre, l'exigence d'un facteur

dommageable extérieur est donnée en cas de changements de position du corps qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles, selon les constatations de la médecine des accidents. D'après la jurisprudence développée jusqu'à ce jour, tel est notamment le cas du brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, du fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou encore du fait de changer de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 471 consid. 4.3 ; ATFA du 23 décembre 2003, cause U 180/03).

6. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. 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. 5 let. b ; 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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. 5 let. a).

   Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, il convient de rappeler que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d; ATFA non publié du 4 juin 2002 en la cause U 267/01 Kt ; à ce sujet, voir également le commentaire de Pantli/Kieser/Pribnow, paru in PJA 2000 p. 1195).

7. En l'espèce, la lésion correspond à une des lésions qui peuvent être assimilées à un accident et sont énumérées à l'art. 9 al. 2 let d ou e OLAA. En conséquence, pour être à la charge de l'assurance-accidents, il suffit que celle-ci ait été déclenchée par une cause extérieure au sens de la jurisprudence précitée sans que cette cause doive être extraordinaire.

   Dans la déclaration d'accident du 25 août 2004, il est fait état d'une douleur ressentie lors d'un « service » alors que le recourant jouait au beach-volley. Cette

déclaration a toutefois été remplie par l'employeur et l'on ne peut exclure qu'elle comporte quelques imprécisions. Le Dr A_____, dans la déclaration d'accident LAA et dans son rapport initial du 11 septembre 2004, a précisé que le patient avait ressenti des douleurs suite à un mouvement de smash au cours d'un match de volley-ball. Il a également affirmé que les lésions étaient exclusivement dues à l'accident. Le recourant a exposé, quant à lui, dans le questionnaire qu'il a rempli et signé le 20 septembre 2004 à l'attention de la Vaudoise, qu'il avait ressenti une douleur au coude droit lors d'un smash.

Sur la base de ces déclarations, le Tribunal de céans estime que les affirmations concordantes du recourant et de son médecin apparaissent plus vraisemblables. Il admettra ainsi que l'affection est survenue lors d'un mouvement de smash et non lors d'un service. La question de savoir si une lésion se produisant lors d'un simple service peut être assimilée à un accident peut par conséquent rester ouverte.

En l'occurrence, l'impact du ballon sur le bras du recourant constitue assurément un événement extérieur reconnaissable. Toutefois, à lui seul, le contact du ballon n'était pas propre à provoquer la lésion en cause, contrairement à ce qui aurait éventuellement pu être admis, si le joueur s'était cassé à cette occasion un doigt. Il convient ainsi de nier le lien de causalité entre ce facteur extérieur et la déchirure du triceps. Dès lors, il y a lieu d'examiner si le mouvement du bras pour exécuter un smash comporte une prise de risque accrue, soit une sollicitation du corps physiologiquement plus élevée que la normale, conformément à la jurisprudence précitée.

Tel doit être admis en l'espèce. En effet, ce mouvement présente un important effort du corps, puisqu'il implique un mouvement très rapide, brusque et violent du bras. Le joueur concentre toute sa force dans ce coup, tout en étirant le bras un maximum. Un tel mouvement constitue dès lors une sollicitation du bras plus élevée que la normale et comporte ainsi une prise de risque accru. Il peut par ailleurs être clairement identifié comme un facteur dommageable extérieur. Le recourant avait en outre ressenti immédiatement des douleurs dans son bras, lors de l'exécution du mouvement litigieux. Par conséquent, les conditions légales pour assimiler la lésion en cause à un accident sont remplies.

8. Eu égard aux considérants qui précèdent, le recours sera admis.

9. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'250 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet ;

3. Annule les décisions des 5 octobre et 29 novembre 2004 ;

4. Condamne l'intimée au remboursement au recourant des frais médicaux relatifs à l'événement du 13 août 2004 ;

5. Dit que la procédure est gratuite ;

6. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de 1'250 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ;

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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