

## **GE\_GERICHTE A/2837/2012 vom 10. Dezember 2012**

GE Cour de justice, 2012-12-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2837\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2837_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2837/2012 du 10 décembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2837/2012 del 10 dicembre 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.12.2012  
A/2837/2012

A/2837/2012 ATAS/1476/2012 du 10.12.2012 ( LAA ), REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2837/2012  
ATAS/1476/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 10  
décembre 2012 9ème Chambre En la cause Monsieur O \_\_\_\_\_, domicilié à Meyrin  
recourant contre COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE SA, sis  
Steinengraben 41, 4051 Basel Intimée EN FAIT Monsieur O \_\_\_\_\_, né en 1978, est  
assuré contre le risque accident auprès de NATIONALE SUISSE ASSURANCES SA  
(ci-après: l'assurance). Le 16 février 2012, lors d'un entraînement de football, il a ressenti de  
vives douleurs au genou gauche. Dans sa déclaration d'accident, il a expliqué que ces  
douleurs étaient survenues "lors de la préparation physique et d'exercice de pas chassés  
latéraux". Lors de la consultation aux HUG le 21 février 2012, le Dr A \_\_\_\_\_,  
médecin interne, a évoqué une possible lésion de la corne postérieure du ménisque interne.  
Le diagnostic devait cependant être confirmé par une IRM. Celle-ci a été pratiquée le 27  
février 2012. Le rapport y relatif indique que le ménisque interne est sans particularité, alors  
que le ménisque externe présente un aspect dégénératif. Aucune lésion n'a été relevée sur  
les ligaments. Un petit kyste poplité postéro-interne a été observé. Le rapport radiologique  
conclut également à un "remodelé dégénératif fémoro-tibial externe avec une ostéophytose  
et une anomalie ostéocondrale du condyle fémoral externe". Par décision du 2 avril 2012,  
l'assurance a refusé ses prestations, les douleurs de l'assuré étant imputables à des lésions  
dégénératives. La décision a également été notifiée à l'assureur-maladie de Monsieur  
O \_\_\_\_\_. Dans son opposition, l'intéressé a relevé ne jamais avoir eu de douleurs au  
genou avant le sinistre du 16 février 2012. C'était " lorsqu '[il] [avait] effectué des pas  
chassés latéraux rapides qu' [il] [avait] senti que son genou était parti trop sur l'extérieur et  
qu'une grosse douleur [lui] faisait très mal ". Son médecin lui avait conseillé de se faire  
opérer si le traitement physiothérapeutique n'apportait pas de soulagement. Il avait terminé  
ce traitement avec succès et repris la course à pied. En conclusion, il demandait de croire en  
sa bonne foi et de reconsidérer la décision. L'assurance a maintenu sa position, par décision  
du 17 juillet 2012. Le pli recommandé contenant la décision n'a pas été retiré. Toutefois,  
l'assuré s'étant inquiété de la suite donnée à son opposition, la décision lui est une nouvelle  
fois parvenue par courriel le 20 août 2012. Par acte expédié le 12 septembre 2012 à l'adresse  
de l'assurance, l'assuré recourt contre cette décision. Il expose que le rapport d'IRM  
démontre que son genou avait "subi un problème, sinon le rapport d'IRM serait vierge".  
N'ayant jamais ressenti de douleurs au genou, il était absurde de qualifier l'évènement du 16  
février 2012 de maladie. Lors qu'il avait effectué les pas chassés latéraux rapides et  
intenses, son pied était resté bloqué au sol et avait ensuite glissé. Il avait alors senti son  
genou "partir trop sur l'extérieur" et ressenti une grosse douleur. Son entraîneur pouvait en

témoigner. Le Dr A\_\_\_\_\_ lui avait dit qu'il s'agissait d'un accident. Ce dernier pouvait également donner des renseignements, si nécessaire. Enfin, le recourant assurait être de bonne foi. L'assurance a transmis le recours à la Cour de justice, comme objet de sa compétence. Invitée par celle-ci à se déterminer sur le recours, elle a conclu au rejet de celui-ci. Elle a relevé que la description du sinistre avait évolué au cours de la procédure. Par ailleurs, les conditions pour retenir un accident au sens de l'art. 4 LPGA ou une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA faisaient défaut. Le recourant ne s'étant pas manifesté dans le délai imparti pour consulter le dossier et faire part d'éventuelles remarques, les parties ont été informées, par courrier du 20 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 (LOJ; RS 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 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20). Elle est ainsi compétente pour connaître du cas d'espèce. Le recours a été formé, compte tenu des fêtes estivales, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. b, art. 60 et 61 let. b LPGA). L'intimée l'a transmis à la Cour de céans, conformément à l'art. 30 LPGA. Est litigieuse la question de savoir si le sinistre survenu le 16 février 2012 peut être qualifié d'accident. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1). Ces conditions sont cumulatives; il suffit que l'une d'entre elles 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). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a; 119 V 337 consid. 1). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé de l'assuré (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'Ordonnance sur l'assurance accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), sur délégation législative prévue par l'art. 6 al. 2 LAA. Cette disposition prévoit que certaines lésions sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas provoquées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Il s'agit d'atteintes dont la preuve d'une cause extérieure extraordinaire est souvent très difficile à rapporter et qui se situent à la limite entre l'accident et la maladie (FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [MEYER, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich

2007, p. 874). Figurent notamment parmi ces atteintes les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque ou de tendons, ainsi que les lésions de ligaments. La jurisprudence a précisé à propos de cette disposition que l'exception ne concerne que le caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident devant être réalisées (FRESARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n° 103, p. 875; et les références citées). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 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; 116 V 145 consid. 2c 147). c. Le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'il est convaincu de sa réalité. Il 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 retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2). En matière d'assurance-accidents, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (ATF non publié 8C\_422/2011 du 5 juin 2012, consid. 5.2). 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). La Cour relève, en premier lieu, que la bonne foi du recourant n'est nullement en cause. Se pose uniquement la question de savoir si les douleurs qu'il a ressenties lors de l'entraînement de football le 16 février 2012 peuvent être qualifiées, d'un point de vue légal, d'un accident. A cet égard, il faut constater que les examens médicaux pratiqués sur le recourant, singulièrement l'IRM du 27 février 2012, ne mettent en évidence aucune lésion au genou gauche. Il n'y a en particulier aucune lésion des ligaments, des tendons ou du ménisque. L'examen précité a uniquement relevé des atteintes dégénératives ainsi qu'un petit kyste. De par leur nature, ces atteintes ne peuvent être consécutives au traumatisme subi le 16 février 2012. Si, certes, le médecin interne des HUG a émis, lors de la consultation du 21 février 2012, l'hypothèse d'une lésion du ménisque interne, il a clairement précisé que cette hypothèse devait être confirmée par une IRM. Or, comme cela vient d'être exposé, l'IRM subséquente a infirmé ce diagnostic. Dès lors qu'aucune lésion traumatique n'a été constatée, une des conditions pour retenir l'existence d'un événement assuré au sens de l'art. 4 LPGA, à savoir une atteinte dommageable, n'est pas réalisée. Par ailleurs, il ne ressort pas des explications du recourant qu'il aurait subi, le 16 février 2012, une atteinte extérieure et extraordinaire. Il a en effet expliqué tant dans sa déclaration de sinistre que dans son opposition avoir ressenti des douleurs alors qu'il effectuait des chassés latéraux rapides. Il n'a fait état d'aucun facteur extérieur ni extraordinaire, qui serait survenu à l'occasion de cet exercice d'échauffement. Ce n'est que dans son recours que l'assuré évoque qu'il aurait glissé. Or, comme exposé plus haut (consid. 3a), il convient d'accorder plus de poids aux premières déclarations de l'assuré. Cela se justifie d'autant plus en l'espèce que les deux premières explications données par le recourant concordent. En effet, tant dans la

déclaration de sinistre que dans l'opposition, le recourant a indiqué qu'il avait ressenti des douleurs alors qu'il effectuait des pas chassés latéraux; ces déclarations n'évoquent aucune glissade ni aucun autre élément extérieur ou extraordinaire. Quand bien même il est exact que l'espace laissé pour compléter la déclaration de sinistre est restreint, il convient de constater, vu les caractères typographiques utilisés par le recourant pour la remplir, qu'il disposait de la place pour faire état d'une glissade. Par ailleurs, la question de l'espace à disposition pour fournir des explications ne se pose pas pour l'opposition formée par le recourant. Or, dans ce document également, l'assuré n'a pas mentionné l'existence d'un facteur extérieur et extraordinaire. Il a uniquement fait état de douleurs ressenties lors de l'entraînement. Partant, la Cour retient, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que le recourant n'a pas glissé lors de l'exercice d'échauffement ni été exposé à un autre facteur extérieur ou extraordinaire. Pour ce motif également, l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa doit être niée. Il y a encore lieu de relever qu'il n'y a pas de raison de douter de l'allégation du recourant selon laquelle il n'a jamais souffert de son genou gauche avant le sinistre. Toutefois, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir, en tant que tel, un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Enfin, le recourant n'a subi aucune lésion entrant dans la liste des atteintes figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA, pour lesquelles le facteur du caractère extraordinaire n'est pas requis. En outre, même dans l'hypothèse où il conviendrait d'admettre l'existence d'une lésion assimilée au sens de la disposition précitée, il n'en demeure pas moins que les symptômes d'une telle lésion doivent avoir été, au moins, déclenchés par un facteur extérieur. Comme cela vient toutefois d'être expliqué, un tel facteur fait cependant défaut en l'espèce. En conclusion, l'intimée a refusé à bon droit ses prestations au titre d'assureur-accidents. Le cas relève ainsi de l'assurance-maladie du recourant. Cette dernière, à qui la décision du 2 avril 2012 a été notifiée, n'a d'ailleurs pas fait usage de son droit de recours, démontrant ainsi qu'elle partage l'avis de l'intimée quant au caractère non accidentel du sinistre du 16 février 2012. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais. \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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 Brigitte BABEL La Présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le