



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1805/2003

ATAS/634/2004

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**4<sup>ème</sup> chambre**

**du mercredi 18 août 2004**

En la cause

**Monsieur M\_\_\_\_\_**, mais comparant par Me Jean-Bernard  
WAEBER, avocat, en l'Etude duquel il élit domicile

Recourant

contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6002 LuX\_\_\_\_\_e**

intimée

**Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente, Mesdames Isabelle DUBOIS et**

**Karine STECK, juges.**

---

## EN FAIT

1. Monsieur M\_\_\_\_\_, né en 1953, est employé depuis 1974 en qualité de mécanicien fraiseur par les ateliers mécaniques du X\_\_\_\_\_ à Genève. En raison d'accords entre le X\_\_\_\_\_ et ses partenaires commerciaux, l'employé changeait régulièrement d'employeur, tout en restant à son poste de travail.
2. En 1991, l'intéressé a été victime d'un accident qui lui a causé une triple fracture de la malléole et du péroné de la cheville droite. Ce cas a été pris en charge par l'assurance-accidents de son employeur de l'époque, la NEUCHATELOISE. L'assuré déclare avoir encore mal à cette jambe plus de 10 ans plus tard et devoir se faire opérer en raison d'une arthrose devenant invalidante (cf rapport SUVA du 13 janvier 2003, pièce 14 dossier Caisse).
3. Le 11 novembre 2002, l'employeur de l'assuré, la société Y\_\_\_\_\_ SA, a envoyé une déclaration d'accidents à son assureur-accidents, la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA). L'accident était survenu le 25 janvier 2002 au domicile de l'assuré et la déclaration était faite à la demande expresse d'une autre assurance, la caisse-maladie FTMH (ci-après : la caisse-maladie), l'assuré ayant fait valoir une lésion traumatique du genou gauche, soit une déchirure du ligament croisé. Depuis la date de l'accident, l'assuré n'avait pas pu reprendre son travail.

Dans le cadre de la procédure auprès de la caisse-maladie, le Dr A\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la caisse-maladie, avait examiné l'assuré le 16 avril 2002. Dans son rapport, ce médecin a expliqué que l'assuré souffrait de multiples atteintes à la santé qui existaient avant le 25 janvier 2002 pour lesquelles il était impératif qu'il se soigne. Toutefois, ces pathologies ne l'avaient pas empêché de travailler auparavant, de sorte qu'il n'existait pas d'explication médicale objective justifiant un arrêt de travail aussi brutal.

Dans un rapport du 11 novembre 2002, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait conseillé à l'assuré de faire une déclaration d'accident à la SUVA, compte tenu des éléments médicaux du dossier, qui ne permettaient pas de considérer l'absence comme justifiée sur le plan de la maladie.

4. En date du 13 janvier 2003, l'assuré a été entendu par la SUVA. A cette occasion, il a expliqué qu'il avait été contraint d'arrêter son travail le 25 janvier 2001 (*recte* : 2002) en raison d'importantes douleurs à la cheville et du fait qu'il était déprimé. Par la suite, le 4 février 2002, il a fait une chute dans les escaliers en se retournant après que son épouse l'eût appelé. Lors de cet épisode, son genou gauche avait « vrillé de gauche à droite » et il était allé faire des radiographies et un doppler

veineux le lendemain. Après avoir reçu les résultats de divers examens, le médecin-traitant de l'assuré, le Dr B \_\_\_\_\_, n'a plus voulu le soigner et un nouveau médecin-traitant, le Dr C \_\_\_\_\_, lui a succédé. Selon ce dernier, l'état de santé du patient (fissure de la corne postérieure du ménisque interne) nécessitait une opération du genou gauche. Pour le surplus, l'assuré avait déclaré n'être pas responsable du retard dans l'annonce de l'accident, celui-ci ayant fait confiance à son médecin de l'époque et ayant annoncé son cas auprès de son employeur.

5. Le 25 février 2003, l'assuré a été examiné par le Dr D \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA qui s'est déclaré perplexe devant l'histoire clinique présentée. L'incapacité de travail était initialement clairement déclarée en raison de maladie et l'accident qui s'était déroulé quelques jours plus tard n'avait pas été annoncé. La notion d'accident avec lésion au genou gauche n'était apparue que lorsque la perte de gain maladie était arrivée à son terme. Il n'existait aucune évidence d'une pathologie traumatique pouvant être clairement mise en rapport avec l'éventuel événement de février 2002 et si celui-ci avait existé, ses conséquences étaient actuellement terminées. L'évidence de pathologies non assurées par la SUVA pouvaient parfaitement créer une symptomatologie de l'appareil locomoteur et il fallait retenir que l'incapacité de travail de l'assuré préexistait à l'hypothétique accident de février 2002.
6. Par décision du 4 mars 2003, la SUVA a décrété que l'événement du 4 février 2002, tel qu'il avait été décrit, ne pouvait avoir occasionné les lésions du genou gauche dont il souffrait encore actuellement. De plus, cet événement ne constituait pas un accident au sens de la loi et ne pouvait pas non plus être assimilé à un accident, de sorte que les conditions requises pour l'octroi de prestations n'étaient pas remplies. La décision a également été notifiée à la caisse-maladie du recourant.
7. Par courrier du 24 mars 2003, l'assuré s'est opposé à cette décision qui était selon lui arbitraire et non fondée.
8. Le 25 mars 2003, la caisse-maladie a également fait opposition à cette décision.
9. Un mois plus tard, soit par courrier du 25 avril 2003, la caisse-maladie a retiré son opposition.
10. Le 27 juin 2003, la SUVA a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale. L'appréciation rendue par le Dr D \_\_\_\_\_ était convaincante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'administrer des preuves supplémentaires. Il n'existait pas de lésion propre ou d'atteinte générée par l'événement allégué du mois de février 2002, ni de lésion assimilée à un accident. Pour le surplus, en tenant compte de l'anamnèse du patient, marquée par la présence de pathologies non assurées par la SUVA, le refus de celle-ci d'engager sa responsabilité pour les troubles annoncés apparaissait correct. La SUVA a également notifié sa décision à la caisse-maladie.

11. Par acte du 15 septembre 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, faisant valoir que l'événement du 4 février 2002 constituait bien un accident et devait être pris en charge à ce titre par la SUVA. Les appréciations des Dr A \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ n'étaient pas convaincantes et les assurances avaient entravé le règlement du cas.
12. Le 18 décembre 2003, la SUVA a renoncé à déposer un mémoire de réponse et a persisté dans ses conclusions, en renvoyant pour le surplus le Tribunal de céans aux considérants de la décision querellée.
13. Dans sa réplique du 18 mai 2004, le recourant a préalablement conclu à ce que la WINTERTHUR ASSURANCES soit appelée en cause en tant qu'assureur ayant pris en charge l'accident du 6 juillet 1991 (à l'époque sous l'identité NEUCHATELOISE), car il pouvait s'agir d'un cas de rechute ou de séquelles tardives. Il soutient que pour le surplus, l'événement du 4 février 2002 constituait bien un accident et devait être pris en charge par la SUVA. L'incapacité de travail actuelle relevait des suites accidentelles du genou et que la cause devait être renvoyée à la SUVA pour qu'elle reprenne l'instruction du cas et qu'elle détermine les prestations dues à la suite de l'accident.
14. Par duplique du 16 juin 2004, la SUVA a indiqué que l'écriture du recourant ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position dans cette affaire. Par ailleurs, l'appel en cause de la WINTERTHUR n'était pas utile, dans la mesure où la responsabilité de celle-ci n'entraîne pas en cause dans le cadre de la présente procédure. Il appartenait au recourant, le cas échéant, d'annoncer une rechute à cette assurance, afin que celle-ci se prononce sur son éventuelle responsabilité quant aux troubles dont il souffrait.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> 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 (art. 162 LOJ).

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue, en instance unique, sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 notamment notamment (art. 56V al. 1 lettre a) LOJ). Sa compétence est ainsi établie.

2. Selon l'art. 56 al. 1<sup>er</sup> de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et applicable en l'occurrence, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1<sup>er</sup> LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, 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'assurance (art. 106 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 LPGA).
3. En l'espèce, le recours interjeté le 15 septembre 2003 contre la décision sur opposition du 27 juin 2003 a été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, de sorte qu'il est recevable.
4. Préalablement, le recourant a conclu à ce que la WINTERTHUR ASSURANCES soit appelée en cause, dans la mesure où la situation juridique de cette assurance serait susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure.
5. Le litige porte essentiellement sur la question de savoir si l'événement du 4 février 2002 doit être considéré comme un accident au sens de la loi et si la SUVA doit en assumer les conséquences financières. A cet égard, le recourant explique qu'il convient d'appeler en cause la WINTERTHUR ASSURANCES en tant que l'incapacité de travail et de gain qu'il subit est multifactorielle et que l'accident du 6 juillet 1991 qui avait été pris en charge par cette assurance entraine en ligne de compte dans une large mesure.

Force est cependant de constater que ce point de vue n'est pas pertinent. En effet, selon l'art. 71 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (ci-après : LPA), applicable par renvoi de l'art. 89A LPA, l'autorité peut ordonner, d'office ou sur requête, l'appel en cause de tiers dont la situation juridique est susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure; la décision leur devient dans ce cas opposable. L'appelé en cause peut exercer les droits qui sont conférés aux parties (art 71 al. 2 LPA). Cette disposition vise en particulier à appeler en cause un tiers afin que la décision prise à l'encontre d'une des parties lui devienne ensuite opposable. Or, il sied de rappeler que la présente demande est dirigée contre la SUVA en raison de l'événement du 4 février 2002 que le recourant considère comme un accident. La décision du Tribunal de céans, en tant qu'elle déterminera si cet événement doit être considéré comme un accident ou non, déterminera en conséquence si la SUVA est appelée à allouer des prestations pour ce cas.

Ainsi, si l'événement en cause venait à être considéré comme un accident, la WINTERTHUR ASSURANCES ne serait pas tenue d'intervenir pour les suites de cet événement. A l'inverse, dans l'hypothèse où le Tribunal de céans devait parvenir à la conclusion que cet événement ne constitue pas un accident, cela n'entraînerait pas ipso facto une obligation de la WINTERTHUR ASSURANCES d'indemniser le recourant des conséquences de ce sinistre. En effet, dans un tel cas de figure, il appartiendrait au recourant d'annoncer une rechute à son ancienne assurance-accidents ou d'annoncer le cas à son assurance-maladie, l'une ou l'autre de ces assurances pouvant alors intervenir pour ce sinistre.

En conclusion, la décision qui sera prise par le Tribunal cantonal des assurances sociales à l'issue de la présente procédure n'induera pas automatiquement une obligation d'intervenir pour la caisse-maladie du recourant ou pour son ancien assureur-accidents, raison pour laquelle aucune de ces deux assurances ne sera appelée en cause en l'espèce.

**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.

**Préalablement :**

2. Rejette la requête d'appel en cause de la WINTERTHUR ASSURANCES formée par Monsieur M\_\_\_\_\_.
3. Réserve le fond.
4. Dit qu'il ne sera perçu aucun émolument, la procédure étant gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUX\_\_\_\_\_E, 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).

Le greffier:

Walid BEN AMER

La Présidente :

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe