RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1805/2003 **ATAS/110/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 9 février 2005

En la cause

Monsieur M_____, mais comparant par Me Christian BRUCHEZ, avocat, en l'Etude duquel il élit domicile

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne

intimée

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente, Mesdames Karine STECK et Isabelle DUBOIS, juges.

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en 1953, est employé depuis 1974 en qualité de mécanicien fraiseur par les ateliers mécaniques du CERN à Genève. En raison d'accords entre le CERN et ses partenaires commerciaux, l'employé changeait régulièrement d'employeur, tout en restant à son poste de travail.

2. En 1991, il 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 25 janvier 2002, l'assuré a quitté son poste de travail à 12h00, car il avait mal à la cheville et se sentait déprimé. Il n'est plus revenu travailler.

4. Le 4 février 2002, il s'est tordu le genou en se retournant dans les escaliers. Une radiographie de la jambe gauche effectuée le 5 février 2002 par le Dr A_____ a soupçonné un claquage. D'autres radiographies des genoux effectuées le 10 avril 2002 ont conclu à une très probable ostéochondromatose du genou gauche.

5. Dans un certificat du 3 avril 2002 à l'attention de la caisse-maladie FTMH (ci-après : la caisse-maladie), le Dr B_____, médecin traitant, a indiqué que son patient était totalement incapable de travailler en raison d'un syndrome dépressif et de douleurs dans les genoux et le dos.

6. Le 24 mai 2002, le Dr C_____, médecin-conseil de la caisse-maladie, a indiqué au Dr B_____ qu'il avait examiné son patient le 16 avril 2002. L'examen clinique n'expliquait pas une si soudaine décompensation de l'état de santé au point d'amener le patient à un arrêt de travail de longue durée. L'assuré souffrait d'atteintes multiples importantes à sa santé qui existaient antérieurement au 25 janvier 2002 et qui 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.

7. Le 4 juillet 2002, le Dr D_____ a posé le diagnostic de fissure de la corne postérieure du ménisque gauche après avoir effectué un IRM du genou.

8. Dans un certificat du 3 septembre 2002, le Dr B_____ a indiqué que le patient n'était plus en consultation chez lui. Il avait refusé de prolonger l'arrêt de travail, car le patient trouvait toujours une autre pathologie nouvelle.

9. Le 23 septembre 2002, le Dr E_____, nouveau médecin traitant, a prolongé l'incapacité totale de travail de l'assuré en raison d'un problème méniscal au genou gauche. Une opération était prévue.

10. Le 11 novembre 2002, la société CEGELEC SA, employeur de l'assuré, a envoyé une déclaration d'accidents à 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 lui avait causé une déchirure des ligaments croisés du genou gauche. La déclaration était faite à la demande expresse de la caisse-maladie, l'assuré ayant fait valoir une lésion traumatique. Depuis la date de l'accident, l'assuré n'avait pas pu reprendre son travail.

11. Le 19 novembre 2002, le Dr F_____, de l'Hôpital de la Croix Rousse, a indiqué qu'une arthroscopie serait pratiquée le 29 novembre et qu'une reprise du travail à 30 jours était envisageable.

12. 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 avait 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'avait plus voulu le soigner et un nouveau médecin-traitant, le Dr E_____, lui avait 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.

13. Le 31 janvier 2003, l'employeur de l'assuré a informé la SUVA qu'elle avait perdu un contrat d'entretien sur le site où travaillait l'assuré. A l'annonce de la résiliation de son contrat de travail pour la fin de mois de janvier 2002, l'assuré était allé voir son médecin qui l'avait mis en incapacité de travailler à compter du 25 janvier 2002. Une fois sa protection contre le licenciement à terme, soit en novembre 2002, il avait annoncé son accident qui serait survenu le 4 février 2002.

14. Le 25 février 2003, le Dr G_____, médecin d'arrondissement de la SUVA a donné son appréciation médicale sur le cas et s'est déclaré extrêmement 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.

15. Par décision du 4 mars 2003, la SUVA a conclu 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.

16. Par courrier du 24 mars 2003, l'assuré s'est opposé à cette décision qui était selon lui arbitraire et non fondée. Il se réservait le droit d'ajouter des observations médicales plus approfondies, suite à son opération méniscale.

17. Le 25 mars 2003, la caisse-maladie s'est opposée à la décision ; elle l'a retirée le 25 avril 2003.

18. Le 27 juin 2003, la SUVA a rendu une décision par laquelle elle a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale. L'appréciation rendue par le Dr G_____ 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.

19. Par acte du 15 septembre 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à ce que l'événement du 4 février 2002 soit reconnu comme accident et pris en charge à ce titre par la SUVA. Le fait que l'accident avait été annoncé tardivement ne concernait que son employeur et sa caisse-maladie. Pour sa part, il l'avait annoncé le jour même au Dr B_____. Les appréciations des Dr C_____ et G_____ n'étaient pas convaincantes et les assurances avaient entravé le règlement du cas. Selon lui, tous les certificats médicaux produits avaient permis de déceler une déchirure verticale du ménisque.

20. Par courrier du 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.

21. Dans sa réplique du 18 mai 2004, le recourant a préalablement conclu à ce que la WINTERTHUR ASSURANCES soit appelée an 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 soutenait pour le surplus que 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 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. Si nécessaire, une expertise devait être ordonnée.

22. 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. Il n'était pas établi qu'un événement avait eu lieu le 4 février 2002 et, cas échéant, cet événement ne constituerait ni un accident, ni une lésion assimilée. Les rapports médicaux produits n'étaient pas susceptibles de remettre en cause le point de vue circonstancié du Dr G_____. Enfin, l'appel en cause de la WINTERTHUR n'était pas utile, dans la mesure où la responsabilité de celle-ci n'entrait pas directement 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.

23. Par arrêt du 18 août 2004, le Tribunal de céans a rejeté la demande d'appel en cause de l'assuré et réservé le fond du litige, la décision qui serait prise par le Tribunal à l'issue de la procédure n'induisant pas automatiquement une obligation d'intervenir de son ancien assureur-accidents. Cette décision est entrée en force.

24. Pour le surplus, les allégués des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

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. 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 (art. 56V al. 1 let. a LOJ).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166, cf. également l'art. 82 LPGA).

   En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable art. 106 LAA, en dérogation à l'art. 60 al. 1 LPGA).

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 s'il appartient à la SUVA d'en assumer les conséquences financières.

6. Si la loi sur l'assurance-accidents n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (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. 9 al. 1 de l'odonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA).

Il résulte de la définition même de l'accident que 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, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATFA non publié du 13 juillet 2004 en la cause U 67/04 ; ATF 129 V 404 consid. 2.1 ; 122 V 233 consid. 1).

Selon 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.

Aux termes de l'art. 9 al. 2 OLAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 1998, édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a), sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

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.

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).

Dans ce cadre, 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 maladive ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. Ainsi, 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. 9 al. 1 OLAA). En l'absence d'un tel facteur déclenchant - 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 - ces lésions seront, en revanche, manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 44 sv. consid. 2b; RAMA 2001 U no 435 p. 332).

L'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46). Toutefois, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA; on se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions.

7. En l'espèce, le recourant a indiqué à la SUVA qu'il avait fait une chute dans les escaliers le 4 février 2002 en se retournant après que son épouse l'eût appelé. Lors de cet épisode, son genou gauche avait « vrillé de gauche à droite ». Il était allé faire des radiographies le lendemain. Il ressort de ces radiographies une absence

totale d'hématome et de lésion osseuse traumatique. Un diagnostic de suspicion de claquage a été posé par le Dr A_____. Dans son premier certificat médical à l'attention de l'assurance-maladie, le Dr B_____ ne fait pas état d'un accident, mais mentionne un syndrome dépressif, ainsi que des douleurs au genoux et au dos. D'autres radiographies des genoux ont été effectuées le 10 avril 2004, qui ne font pas non plus état d'un traumatisme particulier. S'agissant plus précisément du genou gauche, le Dr LANDEL, radiologue, mentionne à cette occasion une très probable ostéochondromatose et signale que les autres éléments (rotule gauche, minéralisation osseuse et interligne tibio-fémoral) sont sans particularité.

Le 4 juillet 2002, suite à un IRM pratiqué par le Dr D_____, un diagnostic de fissure de la corne postérieure du ménisque interne a été posé. La notion d'événement accidentel est apparue au dossier pour la première fois dans le certificat du 5 novembre 2002 du Dr E_____, soit 10 mois après celui-ci. La déclaration d'accident date du 12 novembre 2002.

Il existe donc un doute sur l'existence même de l'événement accidentel, ainsi que l'a relevé l'intimée. Dans la procédure en matière d'assurances sociales, régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art. 8 CC. L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATFA non publié du 9 décembre 2003 en la cause U 328/02 ; ATF 117 V 264 consid. 3b et la référence). Dans le cas d'espèce, malgré le doute existant sur la survenance de l'accident, l'état de fait explicité par l'assuré pourrait vraisemblablement correspondre à la réalité, raison pour laquelle le Tribunal suivra la version présentée par l'assuré.

Sur le plan médical, les pièces au dossier renseignent de manière satisfaisante sur l'état de santé de l'assuré de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à des investigations complémentaires.

S'agissant de l'événement du 4 février 2002 annoncé par l'assuré en novembre 2002, on ne peut que constater à la lecture de la jurisprudence précitée qu'il ne constitue pas un accident au sens juridique du terme, n'ayant pas été causé par un facteur extérieur extraordinaire. Contrairement à ce que soutient le recourant dans ses écritures, le fait d'être interpellé sans s'y attendre lorsque l'on monte les escaliers ne constitue aucunement un facteur extérieur de caractère extraordinaire permettant de justifier un accident au sens juridique. En effet, le facteur extérieur n'excède assurément pas le cadre des événements que l'on peut qualifier de quotidiens ou d'habituels, la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances étant claire sur ce point.

Il y a donc lieu de déterminer si les affections dont souffre le recourant peuvent être considérées comme faisant partie de la liste des lésions corporelles assimilées à un accident, qui figurent à l'art 9 al. 2 OLAA. Dans le cas d'espèce, peuvent entrer en considération les fractures (let a), voire les déchirures du ménisque (let. c).

On notera que dans un premier temps, le recourant avait indiqué s'être déchiré les ligaments croisés du genou, ce qui apparaît également dans la déclaration d'accident. Or, ce diagnostic n'a été posé par aucun médecin et le Dr D_____ a indiqué en juillet 2002 après un IRM, soit 5 mois après l'événement allégué, que les ligaments paraissaient sans anomalie. Pour le surplus, une déchirure des ligaments croisés du genou aurait motivé une intervention chirurgicale à bref délai, ce qui n'a pas été le cas. Cette éventualité doit donc être écartée.

On doit ensuite se demander si le diagnostic de « fissure de la corne postérieure du ménisque interne » évoque une déchirure du ménisque ou une fracture. Bien que la notion de fissure ne corresponde pas exactement à celle de fracture ou de déchirure telles qu'elles sont mentionnées dans l'ordonnance, on doit admettre qu'elle s'en rapproche. A la lecture des rapports médicaux figurant au dossier et brièvement rappelés ci-dessus, il apparaît cependant que l'état de santé du recourant, et plus particulièrement de ses genoux, durant les mois qui ont suivi le 4 février 2002 ne laissait apparaître absolument aucune lésion traumatique. Bien au contraire, plusieurs lésions dégénératives présentes depuis de nombreuses années avaient été mises en évidence. Il apparaît donc que les maux dont souffre l'assuré (fissure de la corne postérieure du ménisque diagnostiquée 5 mois après l'événement) n'atteignent pas une gravité suffisante pour être considérés comme des lésions assimilées à un accident.

En tout état de cause, même si l'on admettait que la fissure du ménisque interne subie par l'assuré correspond à une telle lésion, il conviendrait toutefois encore de vérifier qu'une cause extérieure puisse être mise en évidence. Ainsi que l'a souligné la jurisprudence, en l'absence d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, de telles lésions seront manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

En effet, tel qu'il a été décrit par l'assuré, on ne voit pas en quoi un événement similaire à un accident, externe au corps humain, pourrait être mis en évidence. A ce propos, le fait de se faire appeler par son époux alors que l'on monte les escaliers ne saurait être qualifié de la sorte. Par ailleurs, on notera que la menisectomie partielle du segment moyen du ménisque interne a été effectuée sur la personne de l'assuré le 23 mai 2003, soit plus de 14 mois après l'événement allégué par le recourant. En ce sens, sachant que l'assuré souffre clairement de phénomènes dégénératifs importants des genoux depuis plusieurs années ainsi qu'il ressort du dossier, l'on peut difficilement justifier que cette intervention chirurgicale ait été

motivée par l'événement du 4 février 2002. Par ailleurs, cet événement ne remplit pas les conditions permettant à cette lésion d'être assimilée à un accident.

8. Au bénéfice de ce qui précède, l'événement du 4 février 2002 ne constitue pas un accident au sens juridique. Par ailleurs, quand bien même la fissure de la corme postérieure du ménisque interne dont a souffert l'assuré devait être comprise dans la liste des lésions assimilées, elle ne saurait être prise en charge par l'assureur-accidents dans la mesure où l'origine de la lésion apparaît manifestement comme étant d'origine maladive ou dégénérative.

   Le recours sera donc rejeté.

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. 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 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).

Le greffier:	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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