RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2582/2004 **ATAS/670/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère Chambre

du 16 août 2005

En la cause

ASSURA, Assurance maladie et accident, ayant son siège Z.I. En Budron A1 – Le Mont-sur-Lausanne	recourants
Monsieur S_____, représenté par Me François HADDAD en l'Etude duquel il élit domicile	
contre	
LA VAUDOISE ASSURANCES, ayant son siège place de Milan à Lausanne	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____ est assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 auprès de la Vaudoise générale compagnie d'assurances (ci-après l'assurance-accidents).

2. Le 19 juin 2004, en jouant au badmington, l'assuré a subi une rupture post-traumatique du tendon d'Achille droit.

   L'assuré a expliqué, dans le questionnaire de l'assureur-accidents rempli le 16 juillet 2004, qu'il jouait au badmington tranquillement dans le jardin de son frère et qu'il avait ressenti immédiatement, pour la première fois, une douleur au moment de la rupture du talon d'Achille. Cette douleur était apparue dans des conditions normales, « sans aucun effort brusque ». Il s'agissait d'un « faux pas inconscient ». Il a encore indiqué que sa femme avait été témoin de l'événement.

3. Par décision du 28 septembre 2004, l'assureur-accidents a informé l'assuré que le cas ne pouvait être pris en charge, car il ne s'agissait pas d'un accident au sens de l'art. 4 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après LPGA).

4. La Caisse maladie Assura, assureur-maladie, et l'assuré ont fait opposition à cette décision, respectivement les 12 et 18 octobre 2004.

5. Par lettre du 22 octobre 2004, adressée à l'assureur-accidents, le Docteur A_____ a précisé ceci : « selon les dires du patient, celui-ci, même s'il pratiquait de façon tranquille le badmington, m'a déclaré s'être réceptionné d'un saut en déséquilibre sur le membre inférieur droit avec une contraction involontaire et violente du muscle gatrocnémien ayant probablement abouti à la déchirure du tendon d'Achille actuel. En l'absence de tout traitement antérieur pour notamment une lésion de type tendinopathie chronique, en l'absence de toute prise de médication favorisant des ruptures spontanées tendineuses (corticoïdes, quinolone…), je pense que sans aucun doute, on peut classer la lésion dont souffre (l'assuré) à une lésion assimilée à un accident et donc couverte par votre compagnie».

6. Par décision sur opposition du 15 novembre 2004, l'assureur-accidents a confirmé sa décision. Il a relevé en substance que la condition d'un facteur extérieur « extraordinaire » n'était pas remplie au sens de l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et qu'il n'y avait pas de facteur extérieur au sens de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA).

7. L'assureur-maladie interjette recours contre cette décision sur opposition par acte expédié le 20 décembre 2004. Il conclut à ce que le Tribunal de céans dise que l'assureur doit prendre à sa charge les suites de l'événement du 19 juin 2004 et partant que le recours soit admis. A l'appui de ses conclusions, il soutient notamment que la réception sur le membre inférieur droit de l'assuré est bien un facteur extérieur qui a occasionné la déchirure du tendon d'Achille et qu'il serait dès lors erroné de considérer que l'affection est survenue sans qu'un facteur déclenchant significatif n'en soit la cause. Le simple fait qu'il s'agissait d'une activité sportive tranquille ne suffirait, selon lui, pas à exclure l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA.

8. Par mémoire de réponse du 24 décembre 2004, l'assureur-accidents a maintenu sa position en considérant qu'il n'était pas contesté que l'atteinte corporelle « ait été dommageable, soudaine et involontaire et qu'elle faisait bien partie de la liste des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA. Toutefois elle ne remplissait pas la condition nécessaire liée au facteur extérieur.

9. Par ordonnance du 13 janvier 2005, notifiée le lendemain, le Tribunal de céans appelle en cause l'assuré et lui impartit un délai au 7 février 2005 pour se déterminer. A la demande de l'assuré, ce délai est prolongé au 17 février 2005.

10. Par acte expédié le 16 février 2005, l'assuré interjette recours contre la décision de l'assureur-accidents sur opposition. Il conclut à ce qu'il soit dit que cet assureur doit prendre en charge les suites de l'accident du 19 juin 2004 dont il a été victime. Il soutient que les circonstances de la survenance de sa lésion remplissent toutes les conditions nécessaires pour retenir l'existence d'un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Le « faux pas inconscient » qui a provoqué la lésion à son talon d'Achille doit en effet être considéré, selon lui, comme 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.

11. Suite au délai que lui impartit le TCAS au 15 mars 2005 en lien avec le recours susmentionné, l'assureur-accidents maintient ses conclusions selon écritures du 8 mars 2005, répétant que les conditions de prise en charge du cas au titre de l'art. 9 al. 2 OLAA ne sont pas réalisées. Il relève que l'indication d'un « faux pas » apparaît simplement comme « une déduction a posteriori, fondée sur le présupposé que si un quelconque mouvement entraîne une lésion, c'est qu'il a nécessairement été perturbé de l'extérieur ».

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 (ci-après le Tribunal), 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.

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

2. L'art. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après LAA) dispose que les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

   L'art. 106 al. 1 deuxième phrase LAA, en dérogation à l'art. 60 LPGA, prévoit que le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. Ce délai, comme les délais de réclamation et de recours fixés par la loi, est une disposition impérative de droit public. Il n'est, en principe, pas susceptible d'être prolongé (art. 16 al. 1 première phrase LPA). Ainsi, celui qui n'agit pas dans le délai prescrit est forclos et la décision en cause acquiert force obligatoire (RDAF 1984 pp. 220-221).

   En droit fédéral, le délai en mois commence à courir le lendemain de la communication ou notification à 0h00 (ATF 103 V 157, not. 159; A. GRISEL, Traité de droit administratif, 1984, p. 889). Il est compté de quantième en quantième et le quantième ne doit pas être compté deux fois (eodem loco p. 160; ATA Ch. du 14 décembre 1999; D. du 9 décembre 1997, confirmé par ATF du 14 janvier 1999 et résumé in SJ 1999, p. 119).

   En l'espèce, la décision sur opposition a été communiquée à l'assureur-maladie le 16 novembre 2004 au plus tôt. L'acte de recours du 20 décembre 2004 de cette dernière est dès lors recevable (cause N° A/2582/2004).

   En ce qui concerne l'assuré, le délai de recours ayant commencé à courir le 17 novembre 2004 à 0h00, il est arrivé à échéance le 17 février à 24h00, de sorte que le recours envoyé au greffe du Tribunal de céans le 16 février 2005 est recevable (cause N° A/353/2005).

Parallèlement, l'assuré a été appelé en cause par ordonnance du Tribunal de céans du 14 janvier 2005 et un délai au 7 février lui a été imparti pour se déterminer. Sur demande de son mandataire, ce délai a été prolongé au 17 février 2005. Ses conclusions sur appel en cause expédiées le 16 février 05, sont bien parvenues dans le délai imparti. Leur contenu reprend in extenso l'argumentation et les conclusions présentées dans le cadre de son recours. Toutefois, en raison du recours parallèle de l'assuré, cet appel en cause n'a plus de raison d'être.

Le Tribunal de céans a, le 2 mars 2005, ordonné la jonction des causes A/353/2005 et A/2582/2004 sous le N° A/2582, vu le lien de connexité.

3. Est litigieuse la question de savoir si la rupture du tendon d'Achille dont souffre le recourant est due à un accident ou peut être qualifiée de lésion assimilée à un accident.

A teneur de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte, dommageable, soudaine et involontaire, porté au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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 (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, 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, au sens de cette disposition réglementaire, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction que le droit fédéral opère entre la maladie et l'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 du 22 février 2002, no U 287/00 Kt, consid. 2 ; ATF 123 V 44 sv consid. 2b; RAMA 2001 n° U 435 p. 333 sv consid. 2c).

Le Tribunal fédéral des assurances a confirmé récemment l'exigence d'un facteur extérieur comme condition du droit aux prestations (ATF 129 V 466). A l'exception du caractère «extraordinaire» de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées.

En particulier, à défaut de l'existence d'une cause extérieure - 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 -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie.

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée, dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs, apparues pour la première fois, après avoir accompli un geste de la vie courante (en se levant, en s'asseyant, en se couchant, en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que ce geste n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé de ce point de vue. La notion de cause extérieure suppose en effet un événement générant un risque de lésion accru. Tel est le cas, notamment, lors d'un changement de position du corps, qui est fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, accomplissement d'un geste violent ou d'un mouvement en étant lourdement chargé, changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs) (ATF du 23 novembre, no 2004 U 315/03, consid. 2.2, également ATF du 23 décembre 2003, no U 180/03, consid. 4.3).

4. Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la lésion, une rupture du tendon d'Achille, est une déchirure du tendon, au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Il n'est pas davantage contesté que cette atteinte corporelle a été dommageable, soudaine et involontaire.

   Reste litigieuse la question de savoir si l'atteinte a été causée par un facteur extérieur. En d'autres termes, il convient d'examiner, selon la jurisprudence précitée, si le mouvement qui est à l'origine de la déchirure doit être considéré comme une sollicitation du membre inférieur droit plus élevée que la normale du point de vue physiologique, auquel cas il devra être considéré comme un événement générant un risque de lésion accru, ou si, au contraire, il doit être considéré comme faisant partie des gestes de la vie courante.

Selon la jurisprudence (ATF du 14 avril 2005, no U 164/04, consid. 2.1), il appartient à l'assuré de rendre plausibles les circonstances annoncées en tant qu'accident. Des indications incomplètes, peu précises ou contradictoires sur le déroulement de l'événement peuvent conduire à nier l'obligation de prester de l'assureur-accidents. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir les éléments d'un accident pour établis ou du moins pour vraisemblables - la simple possibilité ne suffit pas -, le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence d'un accident (ATF 116 V 140 consid. 4b; RAMA 2003 n° U 485 p. 259 consid. 5).

En présence de deux versions différentes sur les circonstances d'un accident, il faut, selon la jurisprudence, donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions antérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2b).

En l'occurence, l'assuré a expliqué, dans un premier temps, avoir fait un « faux pas inconscient ». Dans un deuxième temps, il a précisé, par l'entremise du Docteur A_____, s'être réceptionné d'un saut en déséquilibre sur le membre droit inférieur avec une contraction involontaire et violente du muscle gastrocnémien ayant probablement abouti à la déchirure du tendon d'Achille.

L'assureur-maladie relève que la déchirure du tendon est survenue à la réception d'un saut en équilibre, ce qui constitue bien la survenance d'un facteur extérieur ayant occasionné cette lésion. Toutes les conditions de l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA étant à son avis remplies, l'assureur-accidents doit ainsi prendre en charge les suites de l'événement du 19 juin 2004.

L'assureur-accidents considère pour sa part que les conditions de prises en charge du cas au titre de l'art. 9 al. 2 OLAA ne sont pas remplies, et plus précisément la condition du facteur extérieur. Selon lui, l'indication d'un « faux pas inconscient » apparaît comme une déduction à posteriori, « fondée sur le présupposé que si un quelconque mouvement entraîne une lésion, c'est qu'il a nécessairement été perturbé de l'extérieur ».

Contrairement à ce que soutient l'assuré, ses deux versions sont contradictoires, dans la mesure où la simple mention d'un « faux pas inconscient » ne saurait être assimilée à la réception d'un saut en déséquilibre. Si l'assuré avait en effet subi une mauvaise réception à un saut, origine de la douleur liée à la déchirure du tendon d'Achille, il n'aurait pas manqué de le préciser. Au contraire, il s'est contenté d'expliquer que cette douleur était apparue dans des conditions normales, « sans aucun effort brusque ». Conformément à la jurisprudence, le Tribunal donnera en conséquence la préférence à la première version de l'assuré.

Dans la mesure où il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le membre inférieur droit de l'assuré ait été sollicité d'une manière particulière ou qu'un phénomène extérieur soit venu interférer dans le déroulement du mouvement, il convient de nier qu'un événement similaire à un accident se soit produit. Au surplus, le fait que le recourant n'ait pas subi de traitement antérieur pour une lésion de type tendinopathie chronique ou n'ait pas pris de médicaments favorisant des ruptures spontanées tendineuses ne suffit pas, selon la jurisprudence précitée, à conclure à l'existence d'un facteur extérieur. En effet, cette condition est niée lorsque l'assuré, comme en l'espèce, fait état de douleurs, apparues pour la première fois, après avoir accompli un geste qui n'a pas requis de sollicitation du corps plus élevée que la normale du point de vue physiologique et ne dépasse pas ce qui est normalement maîtrisé de ce point de vue.

En conséquence, le Tribunal rejettera les recours interjetés contre la décision de l'assureur-accidents tant par l'assureur-maladie que par l'assuré et confirmera ladite décision.

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 recevables les recours d'Assura et de Monsieur S_____.

Au fond :

2. Les 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).

La greffière :	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Sandrine TORNARE

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