

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3238/2011

ATAS/279/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mars 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à Onex

recourant

contre

BALOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, 4002 Basel

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1975, a été engagé dès le 20 juillet 1998 par la Fondation communale pour la petite enfance « La Roulotte » en qualité d'éducateur et adjoint pédagogique. A ce titre, l'intéressé est assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la BALOISE ASSURANCES SA (ci-après l'assureur ou l'intimée).
2. Par déclaration de sinistre du 1^{er} juin 2011, l'employeur a annoncé un événement survenu le 25 mai 2011 à 16h00 dans le jardin de la crèche du Grand-Saconnex. En shootant un ballon, l'assuré s'est blessé au genou droit et a ressenti des douleurs. Les premiers soins ont été dispensés par le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui n'a pas prescrit d'arrêt de travail.
3. Dans son certificat médical du 16 juin 2011 à l'attention de l'assureur, le Dr L_____ a indiqué que selon les déclarations du patient en jouant au foot, il a subi un choc et ressenti une douleur immédiate au genou droit. Le diagnostic provisoire fait état d'une tendinopathie post trauma (? *illisible*) tendon rotulien droit (parapatellaire) droit. Le médecin a préconisé de la physiothérapie et prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens. La fin du traitement était prévue le 19 septembre 2011.
4. Le 28 juin 2011, la Dresse M_____ a établi un rapport suite à l'IRM du genou droit pratiquée en date du 27 mai 2011. Les conclusions retiennent les diagnostics suivants : tendinopathie débutante de la portion proximale du tendon rotulien sous forme d'un œdème sans signe de déchirure, très minime tendinopathie de la portion externe du tendon du quadriceps. Absence d'anomalie méniscale significative. Kyste poplité postéro-interne et chondropathie rotulienne externe débutante.
5. Le 12 juillet 2011, l'assuré a complété un questionnaire à l'attention de l'assureur. S'agissant de la description exacte de l'événement survenu le 25 mai 2011, l'assuré indique qu'il se trouvait dans le jardin de son lieu de travail, entouré d'enfants, et qu'il portait des ballons pour les faire monter le plus haut possible dans le ciel. Lors d'un shoot, il a ressenti quelque chose au niveau du genou droit. Pendant quelques jours, le genou a enflé et il avait mal. A la question de savoir s'il s'était passé quelque chose de particulier, l'assuré a indiqué que lors du shoot dans le ballon, il a ressenti un choc au niveau de son genou droit. A la question de savoir si avant l'événement survenu le 25 mai 2011 il avait déjà dû suivre un traitement médical pour son genou droit, l'intéressé a répondu par la négative.
6. L'assureur a soumis le dossier de l'intéressé au Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-conseil. Dans un message du 15 juillet 2011, le médecin-conseil a indiqué que le diagnostic posé par l'IRM ne correspond pas à

une lésion figurant dans la liste exhaustive de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents.

7. Par décision du 26 juillet 2011, l'assureur a refusé la prise en charge des prestations, motif pris que l'événement survenu le 25 mai 2011 ne constitue pas un accident ni une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la loi. Copie de cette décision a été adressée à l'assureur-maladie de l'assuré.
8. Le 17 août 2011, l'intéressé a formé opposition, relevant qu'avant l'événement du 25 mai 2011 il n'avait aucun problème à son genou droit, il pouvait se déplacer sans contrainte, se mouvoir sans gêne et faire du sport intensément. C'est suite à cet accident que la douleur s'est installée, son genou droit a enflé et les jours qui ont suivi l'accident il pouvait à peine s'asseoir et se déplacer. Lors de la première consultation, le médecin a fait pratiquer une IRM afin de constater précisément l'étendue des dégâts. A la deuxième consultation, après avoir lu le rapport IRM, il était hésitant sur le diagnostic et c'est pourquoi il lui a prescrit 9 séances de physiothérapie, en lui disant de reprendre un rendez-vous après afin de faire un bilan définitif. Dans le cas où cela ne se serait pas amélioré, le médecin a parlé de faire une petite intervention chirurgicale. Il ne lui restait plus que deux séances de physiothérapie, le genou allait mieux. Il devait revoir son médecin auquel il demanderait d'envoyer des informations complémentaires au sujet du diagnostic définitif.
9. Par décision du 15 septembre 2011, l'assureur a rejeté l'opposition de l'intéressé, maintenant ses conclusions. L'assureur relève par ailleurs que la caisse-maladie de l'assuré n'a pas fait opposition.
10. Par acte du 13 octobre 2011, l'intéressé interjette recours. Il a joint une copie du rapport du Dr L_____, du 23 septembre 2011, qui insiste sur la cause accidentelle de la pathologie présentée par l'assuré. Le médecin explique que l'assuré a ressenti une douleur violente à la base du genou droit en jouant au foot, notamment en shootant dans un ballon. L'examen clinique mettra en évidence une douleur élective à la base de la rotule et, suspectant une rupture partielle du tenon rotulien, une IRM fut demandée par ses soins. Cette IRM infirmera la rupture, mais confirmera tout de même la présence d'un œdème au niveau de la pointe de la rotule, ce qui correspond évidemment à une espèce de stress de surcharge, probablement une microfissuration qui se traduit par un œdème sur l'IRM au niveau de l'insertion proximale du tendon rotulien. Au vu de l'anamnèse, de l'événement unique dans le temps et dans l'espace, le Dr L_____ pense qu'il est raisonnable de considérer que cette entité nosologique est bien à l'origine du traumatisme relaté par l'assuré.
11. Dans sa réponse du 11 novembre 2011, l'assureur conclut au rejet du recours. S'agissant de l'accident, l'assureur indique que le recourant a fourni des

explications divergentes sur les circonstances de l'événement incriminé. En effet la déclaration de sinistre complétée par l'employeur le 1^{er} juin 2011 fait référence à un événement survenu le 25 mai 2011. Or, le bon de radiodiagnostic établi par le Dr L_____ est daté du 20 mai 2011 pour une IRM du genou droit. Par ailleurs, le Dr L_____ a indiqué que l'assuré l'a consulté le 20 mai 2011 pour un événement survenu le 11 mai 2011. Cela étant, le recourant, interrogé par l'assureur, a confirmé que l'événement était survenu le 25 mai 2011 et qu'antérieurement à cette date il n'avait jamais dû suivre un traitement médical pour le genou droit. Si l'événement est survenu le 25 mai 2011 comme confirmé par le recourant alors il ne fait aucun doute que la lésion n'est en aucun cas en rapport de causalité naturelle et adéquate avec ledit événement. Selon l'assureur, le caractère extérieur extraordinaire de l'événement doit être nié, en l'absence de choc, de chute, de glissement de réflexe de défense contre un danger subit. Le recourant n'a produit aucun effort extraordinaire ou exceptionnel. Il n'a procédé à aucun mouvement non programmé au sens de la jurisprudence. Dès lors, il a lieu de nier le caractère accidentel de l'événement. Par ailleurs, la lésion diagnostiquée par le médecin, confirmée par IRM, ne constitue pas une lésion assimilée à un accident au sens de la loi.

12. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA ne déroge expressément la LPGA (cf. art. 1 al. 1 LAA).
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).
4. Le litige porte sur le fait de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement survenu le 25 mai 2011.
5. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al.1 LAA). Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps

humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

On rappellera que la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (cf. art. 4 LPGA). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404 et les références; 122 V 230 consid. 1 p. 232 sv.).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Les déchirures du ménisque figurent dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA à la let. c.

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 p. 44; 116 V 145 consid. 2c p. 147; 114 V 298 consid. 3c p. 301). La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. Il a précisé qu'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. 4 LPGA). En particulier, en l'absence 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 un accident doit 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 donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la

vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question 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 d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 p. 470).

6. Il s'agit de déterminer en premier lieu si l'événement subi le 25 mai 2011 est constitutif d'un accident.

Lors de son activité d'éducateur de la petite enfance, le recourant s'est blessé en shootant dans un ballon. Il n'a fait état d'aucune chute, glissade ou choc, ni de facteur extérieur qui serait venu interférer dans l'action. De plus, le mouvement n'a pas été effectué de façon non programmée. Il apparaît plutôt que l'action était programmée et qu'elle a été exécutée en toute connaissance de cause. Enfin, le fait de shooter dans un ballon n'est assurément pas un geste manifestement excessif pour un homme jeune, éducateur de formation. L'on ne saurait conclure à la présence d'un facteur extérieur extraordinaire.

Par conséquent, c'es à juste titre que l'intimée a refusé de considérer l'événement comme un accident.

7. Reste à examiner si le recourant a subi une lésion assimilée à un accident.

En l'occurrence, force est de constater que ni les premières constatations du médecin, ni celles objectivées après l'IRM du genou ne permettent de conclure à une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, il n'y a aucune déchirure ou rupture partielle du tendon, mais une tendinopathie de la portion proximale du tendon rotulien et une chondropathie rotulienne externe débutantes. Le rapport complémentaire du Dr L_____, établi le 23 septembre 2011, ne contient à cet égard rien de nouveau.

8. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prester.
9. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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