



### EN FAIT

1. Monsieur L \_\_\_\_\_, né en novembre 1950 est employé auprès de Y \_\_\_\_\_ SA et assuré à ce titre contre le risque accidents auprès de l'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après l'assureur).
2. Le 11 février 2003, l'assuré a participé à l'inauguration d'une nouvelle installation IRM à l'hôpital de Monthey. A cette occasion, le Dr A \_\_\_\_\_, radiologue FMH, constatant que l'assuré boitait, l'a invité à pratiquer un examen IRM.
3. Le 13 février 2003, l'Institution de radiologie de Sion a envoyé au Dr A \_\_\_\_\_ un rapport suite à l'IRM du genou de l'assuré effectuée le 11 février 2003 à l'hôpital de Monthey. Sous indications, on peut lire : boiterie liée à une douleur du genou gauche nettement progressive depuis une quinzaine de jours sans notion de traumatisme. La conclusion du rapport est une "altération de la corne postérieure du ménisque interne témoignant d'une déchirure atteignant au moins la surface inférieure, d'aspect complexe grade III. Discret épanchement articulaire".
4. L'assuré a été hospitalisé du 10 au 12 mars 2003 et a subi une intervention le 11 mars 2003 menée par le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, consistant en une résection de la corne postérieure du ménisque interne.
5. Le 10 mars 2003, une déclaration d'accidents a été envoyée à l'assureur, mentionnant un accident du "28 février 2003 à 17h05, escalier dans Confédération centre" et une blessure au "genou droit + cheville gauche".
6. Le 12 mars 2003, le Dr B \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assuré d'une durée probable de trois semaines.
7. Le 26 mars 2003, l'assureur a requis de l'assuré une description des circonstances de l'événement signalé.
8. Le 31 mars 2003, l'assuré a répondu qu'il s'agissait d'une "chute dans l'escalier, entraînant une entorse de la cheville gauche et une anomalie au ménisque droit".
9. Le 10 juin 2003, le Dr B \_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical initial selon lequel il avait diagnostiqué une lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit de l'assuré et les premiers soins avaient été donnés le 13 février 2003. Selon le patient, il y avait une apparition brutale spontanée trois semaines précédant la consultation de douleurs du compartiment interne du genou droit avec sensation de ressaut. A la question "les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident ?" le médecin répond "oui. A noter, à la suite d'un faux pas une semaine précédant l'hospitalisation pour l'arthroscopie, une entorse de la cheville gauche". Le patient a été hospitalisé du 10 au 12 mars 2003. Le traitement ordonné a été une

arthroscopie pour résection de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit et une attelle air cast pour cheville gauche.

10. Selon une nouvelle déclaration d'accidents LAA reçue par l'assureur le 28 août 2003, l'employeur a indiqué que l'assuré avait fait une chute dans un escalier à Confédération Centre entraînant une entorse à la cheville gauche et une anomalie au ménisque droit le 28 février 2003 à 17h05 et que le Dr A \_\_\_\_\_ avait procédé aux premières constatations, le traitement ayant été continué par le Dr B \_\_\_\_\_.

Dans une déclaration d'accidents LAA remplie le 20 septembre 2003, l'employeur rappelle "accident du 28 février 2003, soit une chute dans l'escalier entraînant une entorse de la cheville gauche et une anomalie au genou droit".

11. Le 3 novembre 2003, le Dr B \_\_\_\_\_ a attesté que "le patient m'a consulté une première fois le 13 février 2003 en raison d'une lésion post-traumatique du ménisque interne de son genou droit. Hospitalisation du 10 au 11 mars 2003 pour résection du ménisque interne du genou droit. Consultations de contrôle le 12/24 mars, le 23 avril et dernier contrôle le 18 juin 2003. A cette date, à trois mois de l'arthroscopie pour résection du ménisque interne, l'évolution est favorable au niveau du genou droit avec récupération complète de la mobilité".
12. Le 1<sup>er</sup> avril 2004, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin conseil de l'assureur a écrit au Dr B \_\_\_\_\_ pour lui demander des explications quant au caractère accidentel de la lésion au genou de l'assuré dès lors que son rapport médical initial ne contenait pas de description d'un accident alors que tel était le cas du rapport du 3 novembre 2003.
13. Un rapport médical initial LAA a été rempli par le Dr A \_\_\_\_\_ et reçu le 21 mai 2004 par l'assureur. Le médecin indique que les premiers soins ont été donnés le 11 février 2003. Selon le patient, il s'agissait d'une "entorse du genou droit en voulant se rattraper d'une chute dans un escalier, sans traumatisme direct, 10 jours plus tôt". Il s'agissait selon l'IRM d'une déchirure du ménisque interne. Les lésions étaient dues uniquement à l'accident, selon une haute probabilité car il n'y avait pas de symptômes auparavant. Il avait ordonné une consultation chez un orthopédiste.
14. Le 13 octobre 2004, l'assureur a refusé de prendre en charge toute prestation LAA. Il relève que la notion de chute dans les escaliers remplit les critères de l'accident. La date de l'accident avait été rappelée à plusieurs reprises comme étant celle du 28 février 2003. Par ailleurs, lors de sa première visite chez le Dr B \_\_\_\_\_ l'assuré n'avait pas mentionné d'événement accidentel. Celui-ci n'avait pas été en mesure de rendre plausible une date de survenance de son événement de telle manière qu'il ne pouvait pas être reconnu dans le cadre d'une lésion assimilée. En présence de données contradictoires l'événement du 28 février 2003 devait être mis en doute.

15. Le 17 novembre 2004, Y \_\_\_\_\_ SA, représentée par Me Mathis KERN, a fait opposition à cette décision. L'assuré avait subi une entorse à la cheville gauche et une lésion au ménisque du genou droit en voulant se rattraper d'un faux pas dans un escalier le 28 janvier 2003. La date du 28 février 2003, indiquée dans la déclaration du 10 mars 2003, était une erreur de secrétariat, laquelle s'était répétée dans d'autres documents. Le Dr A \_\_\_\_\_ avait confirmé la lésion 14 jours après l'accident et le Dr B \_\_\_\_\_ son caractère accidentel.
16. Le 20 juillet 2004, l'assureur a transmis à Me KERN un courrier intitulé "Droit d'être entendu" selon lequel la preuve n'avait pas été apportée qu'un événement accidentel fût à l'origine de la nécessité des soins.
17. Le 20 août 2004, Me KERN a relevé que l'assuré, après avoir ressenti une douleur violente lors de l'accident du 28 janvier 2003, s'était remis à travailler pensant que la douleur s'estomperait. Or, l'IRM avait révélé la lésion au genou droit. L'origine accidentelle de celle-ci était établie avec certitude. L'entorse à la cheville gauche s'était également produite le 28 janvier 2003, ce que le Dr B \_\_\_\_\_ avait mal compris.
18. Par décision du 22 août 2005, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré. Il relève que l'assuré a allégué avoir subi une entorse à la cheville et une lésion au ménisque en voulant se rattraper d'un faux pas dans un escalier le 28 janvier 2003. Or, à plusieurs reprises l'assuré avait indiqué la date du 28 février 2003 ce qui ne pouvait constituer une erreur de secrétariat. Le Dr A \_\_\_\_\_ ne faisait mention d'aucun événement dans son rapport médical du 13 février 2003, dont comme le Dr B \_\_\_\_\_ le 10 juin 2003, lequel se contredisait le 3 novembre 2003 en parlant de "lésion post-traumatique". Ces deux médecins ne parlaient que d'une "boiterie liée à une douleur du genou gauche" et d'une "brutale apparition de douleurs". De plus, l'assuré avait selon le Dr B \_\_\_\_\_ subi une entorse à la cheville une semaine avant l'hospitalisation du 10 mars 2003 alors que l'assuré prétendait l'avoir subie le 28 janvier 2003 avec la lésion du ménisque.
19. Le 23 novembre 2005, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en relevant qu'il avait été victime le 28 janvier 2003 d'un accident non professionnel et requérait le versement d'indemnités journalières.
20. Le 16 janvier 2006, l'assureur a conclu au rejet du recours en reprenant l'argumentation de sa décision sur opposition.
21. Le 31 janvier 2006, le Tribunal de céans a demandé aux Drs B \_\_\_\_\_ et A \_\_\_\_\_ des explications médicales complémentaires.
22. Le 6 février 2005, le Dr B \_\_\_\_\_ répondu ce qui suit :

**"A quelle date Monsieur L \_\_\_\_\_ vous a-t-il consulté et pour quel motif ?**

Monsieur L \_\_\_\_\_ m'a consulté pour la première fois le 13 février 2003, en raison de gonalgies droites.

**Quel a été votre diagnostic et le traitement prodigué ?**

Mon diagnostic a été une lésion du ménisque interne du genou droit, et j'ai pratiqué le 11 mars 2003 une résection arthroscopique du ménisque interne du genou droit, ainsi qu'une régularisation d'un ulcère cartilagineux de grade IV, au niveau du condyle interne du genou droit. Le patient a été hospitalisé pour cette intervention du 10 au 12 mars 2003, à la Clinique de des Grangettes.

**Vous indiquez le 10 juin 2003 que les lésions subies par Monsieur L \_\_\_\_\_ sont dues à un accident. A quel accident faites vous référence ?**

Il ressort de mes notes lors de la première consultation, que Monsieur Maurice L \_\_\_\_\_ a noté l'apparition brutale de douleurs au niveau du compartiment interne de son genou droit, à la suite d'un faux pas. Par la suite, il développe une symptomatologie douloureuse avec ressaut et douleurs en flexion en charge.

**Monsieur L \_\_\_\_\_ vous a-t-il fait part d'un accident lors de sa première consultation ?**

La notion de l'apparition brutale de douleurs du genou droit à la suite d'un faux pas est mentionnée dans l'anamnèse du 13 février 2003 lors de la première consultation.

**Avez-vous répondu au courrier du Dr C \_\_\_\_\_, qui vous a été adressé le 1<sup>er</sup> avril 2004 ?**

J'ai répondu au Dr C \_\_\_\_\_, en tant que médecin conseil de l'ALLIANZ SUISSE, le 7 avril 2004 par un entretien téléphonique. Ceci est mentionné dans les notes de mon dossier. Lors de cet entretien téléphonique, j'ai précisé la description de l'accident : faux pas, apparition brutale de douleurs, suivie de ressaut douloureux au niveau du genou droit. J'ai également signalé lors de cet entretien téléphonique, la présence d'un ulcère cartilagineux post-traumatique associé. A la suite de cet entretien téléphonique, il n'y a pas eu de réponse écrite à la lettre du Dr C \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2004".

23. Le 16 février 2006, le Dr A \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit :

**"Dans quelles circonstances cet examen IRM a-t-il été pratiqué ?**

Monsieur L \_\_\_\_\_ participait à la séance d'inauguration de la nouvelle installation de l'IRM à l'hôpital de Monthey. J'ai constaté qu'il boitait et ses explications m'ont fait penser à un problème mécanique du genou. Je lui ai proposé

de faire un examen IRM assez rapidement dans le but de savoir précisément s'il y avait un traitement particulier à entreprendre ou s'il s'agissait d'une lésion à banaliser, type simple entorse ou chondropathie par exemple, lésions pour lesquelles il n'y aurait pas de raison de consulter un autre médecin. Je précise que, même comme radiologue FMH, j'ai certaines compétences en médecine générale, traumatologie et médecine du sport.

**Monsieur L \_\_\_\_\_ vous a-t-il indiqué les circonstances dans lesquelles ses douleurs au genou gauche sont survenues ?**

Oui

**En particulier, vous a-t-il fait mention d'un accident ?**

A mon souvenir, il ne m'a pas dit "j'ai eu un accident" mais il a fait mention que ses douleurs étaient survenues après avoir voulu se rattraper d'un faux pas et qu'il n'avait pas eu de problème auparavant avec ce genou.

**Pour quelle raison le rapport de l'institut de radiologie de Sion mentionne-t-il une absence de traumatisme ?**

Simplement parce qu'il n'a pas eu de traumatisme DIRECT (= un choc directement sur la région concernée, qui peut entraîner par exemple une fracture de rotule, plaie, contusion musculaire). Je me permets d'ajouter, fait bien connu, que les lésions méniscales et ligamentaires du genou sont souvent dues à des phénomènes de rotation / traction subite et exagérée, sans forcément faire suite à une chute avec choc direct".

24. Sur demande du Tribunal de céans, l'assureur a transmis l'intégralité de son dossier le 16 mars 2006.
25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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.

- 
2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. Dans la mesure où l'événement en cause est survenu après l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), celle-ci est applicable au cas d'espèce (ATF 129 V 4).
4. Est litigieuse la question de savoir si la lésion méniscale dont a souffert le recourant est due à un accident.
5. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel

l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

c) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2d; à ce sujet, voir également le commentaire de Pantli/Kieser/Pribnow, paru in PJA 2000 p. 1195; ATFA du 4 juin 2002, U 267/01).

d) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000 p. 268).

6. a) Est réputé 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). 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, ou non, 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

---

(ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA du 15 octobre 2004, cause U 9/04).

b) En outre, aux termes de 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. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- a. les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles
- e. les froissements de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a, 147 consid. 2b, et les références; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., 1989, p. 202). 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, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b; Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 p. 84).

Dans un récent arrêt (ATF 129 V 466), le Tribunal fédéral des assurances précise les conditions d'octroi des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un accident. Confirmant sa jurisprudence publiée aux ATF 123 V 43 et dans RAMA 2001 U 435 p. 332, il rappelle qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées. Il souligne qu'en cette matière, l'existence d'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 - revêt une portée particulière en ce sens qu'à défaut, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs dont la prise en charge incombe à

l'assurance-maladie (ATF 129 V 468 consid. 4, 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 consid. 2c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 U no 435 p. 332, 1988 U no 57 p. 373 consid. 4b; Bühler, loc. cit., p. 87).

Aussi convient-il de nier l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant des symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. L'apparition de douleurs en tant que telle ne constitue pas une cause extérieure au sens de la jurisprudence. En d'autres termes, l'on ne saurait considérer la condition posée à l'existence d'un facteur dommageable extérieur comme réalisée du seul fait qu'à un moment précis, l'assuré a éprouvé des douleurs pour la première fois. L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas non plus donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après qu'il ait accompli un geste de la vie courante. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique. C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. Celui qui éprouve des douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc., ne saurait dès lors se prévaloir d'une lésion corporelle assimilée à un accident. A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 470 consid. 4.2.2). Par contre, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur est donnée en cas de changements de position du corps qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles, selon les constatations de la médecine des accidents. D'après la jurisprudence développée jusqu'à ce jour, tel est notamment le cas du brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, du fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou encore du fait de changer de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 471 consid. 4.3 ; ATFA du 23 décembre 2003, cause U 180/03).

7. En l'espèce, le recourant a relevé, dans sa première déclaration LAA à l'assureur le 10 mars 2003, une blessure au genou droit et à la cheville gauche ayant eu lieu dans un escalier de Confédération Centre le 28 février 2003. Le 31 mars 2003, il a précisé qu'il s'agissait d'une chute dans l'escalier. Quant aux constatations médicales, le Dr B \_\_\_\_\_ a relevé le 10 juin 2003 l'existence d'une apparition brutale de douleurs au genou trois semaines avant la consultation du 13 février 2003, uniquement dues à "l'accident". Le 3 novembre 2003, il précise qu'il s'agit d'une lésion post-traumatique du ménisque interne du genou droit et le 6 février 2005 il répond au Tribunal de céans que, selon ses notes prises lors de la première consultation du 13 février 2003, le recourant avait signalé l'apparition brutale de douleurs au genou suite à un faux pas. Quant au Dr A \_\_\_\_\_, il a déclaré le 21 mai 2004 que les premiers soins avaient été donnés le 11 février 2003, qu'il s'agissait selon le recourant d'une chute dans un escalier, sans traumatisme direct. Le 16 février 2006, il a répondu aux questions du Tribunal de céans en précisant que le recourant lui avait fait mention d'un faux pas.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que le recourant n'a pas donné des versions contradictoires de son "accident" et que ses versions concordent avec celles données par les médecins consultés. En effet, le recourant a mentionné une chute et les médecins ont fait état d'un faux pas ou d'une chute survenu dans un escalier. Il y a ainsi lieu de retenir l'existence de ce "faux pas" ou de cette "chute". Par ailleurs, l'institut de radiologie de Sion a relevé le 11 février 2003 l'existence de douleurs nettement progressive depuis une quinzaine de jours, soit depuis une date correspondant à celle du 28 janvier 2003. Quant au Dr B \_\_\_\_\_, il note l'apparition de douleurs due à un accident trois semaines avant le 13 février, soit antérieurement au 28 janvier 2003. On ne saurait toutefois exclure la date du 28 janvier 2003 du seul fait que trois semaines sont mentionnées au lieu de deux par le Dr B \_\_\_\_\_ dès lors qu'il ne s'agit pas d'une date précise.

Par ailleurs, il est avéré que la lésion au ménisque du recourant a bien été diagnostiquée les 11 et 13 février 2003 par, respectivement, le Dr A \_\_\_\_\_ et le Dr B \_\_\_\_\_, ce qui permet de conclure que la date du 28 février 2003 ne peut correspondre au jour où cette lésion est survenue.

Ainsi, le fait que l'accident ait été annoncé le 28 février 2003 semble effectivement être dû à une erreur de transcription et la date du 28 janvier 2003, correspondant à celle compatible avec les constatations des médecins, doit être retenue. Enfin, le fait que l'entorse à la cheville gauche - par ailleurs compatible avec le faux pas ou la chute dans un escalier - ait été mentionnée comme survenue par le Dr B \_\_\_\_\_ une semaine avant l'intervention du 10 mars 2003 n'est pas de nature à remettre en cause l'existence même de l'événement du 28 janvier 2003.

En conséquence, le Tribunal retiendra que le recourant a fait un faux pas dans un escalier de Confédération Centre le 28 janvier 2003, ce qui a entraîné une lésion au

ménisque de son genou droit. Cette lésion - qui entre dans la catégorie des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA - a bien été causée par un facteur dommageable extérieur au sens de la jurisprudence précitée, soit le faux pas ou la chute dans l'escalier.

8. L'assureur est ainsi tenu à prestations pour les coûts engendrés par la lésion au ménisque du genou droit du recourant. Le recours sera ainsi admis et la cause lui sera renvoyée afin qu'il accorde les prestations dues selon la LAA.

**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.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 22 août 2005.
4. Dit que ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES est tenue de prendre en charge les suites de l'événement du 28 janvier 2003.
5. Renvoie la cause à ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES.
6. 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

Nancy BISIN

La Présidente :

Valérie MONTANI

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