

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/538/2010

ATAS/573/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mai 2011

3ème Chambre

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à FESSY, FRANCE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET  
Marc

recourant

contre

LA MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise  
Bundesgasse 35, case postale, 3001 Bern, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître GRUMBACH Philippe

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1963, employé par la société X\_\_\_\_\_ SA à Genève, est affilié à ce titre contre le risque d'accidents professionnels ou non et de maladies professionnelles auprès de LA MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après l'assureur).
2. Le 28 août 2009, l'assuré s'est blessé alors qu'il se trouvait en Corse.
3. Le 11 septembre 2009, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit a révélé une déchirure oblique du ligament moyen et de la corne supérieure du ménisque interne.
4. Le 9 septembre 2009, l'assuré a annoncé l'évènement à son assureur. Sous la rubrique description des faits, il s'est contenté d'indiquer : "marche avec matériel".
5. Une imagerie par résonance magnétique pratiquée le 11 septembre 2009 a mis en évidence une ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale interne et une déchirure oblique du segment moyen et de la corne postérieure du ménisque interne. Ni épanchement intra-articulaire significatif ni tuméfaction n'ont été constatés.
6. Le 30 septembre 2009, l'assureur a délivré une garantie des frais à la Clinique générale Beaulieu précisant expressément : "sous toute réserve de renseignements médicaux".
7. Le 5 octobre 2009, l'assuré, répondant aux questions posées par son assureur, a indiqué qu'au moment des faits, il marchait, chargé de son matériel de plongée ; il avait entendu son genou craquer et avait simultanément ressenti une douleur. Il a dit avoir eu l'impression d'un "caillou" dans le genou. Il a également précisé que ce genou avait déjà fait l'objet de plusieurs foulures précédemment.
8. Le 14 octobre 2009, l'assuré a été opéré par le Dr A\_\_\_\_\_, à la Clinique générale Beaulieu. Un certificat d'incapacité de travail totale a été établi pour la période du 14 au 23 octobre 2009.
9. Par courrier du 4 novembre 2009, l'assureur a signifié à l'assuré qu'en l'absence de facteur extérieur, il considérait que l'évènement ne pouvait être qualifié d'accident.
10. Par courrier du 16 novembre 2009, l'assuré a précisé que son entorse avait été causée par le fait qu'il était tombé dans un trou que le volume de son sac de plongée lui avait dissimulé.
11. Le 2 décembre 2009, l'assureur a rendu une décision formelle au terme de laquelle il a refusé la prise en charge des suites de l'évènement du 28 août 2009.

12. L'assuré s'est opposé à cette décision en expliquant que s'il n'avait pas mentionné l'existence d'un trou dans sa déclaration d'accident, c'est qu'il lui semblait logique que l'on ne pouvait subir d'entorse "sans glisser ou tomber dans un trou".

13. Le 7 janvier 2010, l'assureur a confirmé sa décision du 2 décembre 2009.

L'assurance a relevé que l'IRM pratiquée le 11 septembre 2009 avait révélé des lésions de type dégénératif (ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale interne et chondropathie de grade II), c'est-à-dire des lésions d'usure non traumatiques. L'assureur a fait remarquer que s'il y avait eu chute ou choc sur le genou, un important épanchement articulaire aurait été constaté. Or, tel n'avait pas été le cas. Au surplus, ni contusion ni œdème de la rotule n'avait été décelé lors de l'IRM.

Quant aux circonstances de l'accident, l'assurance a souligné que dans sa déclaration initiale, l'assuré n'avait évoqué ni chute, ni choc. A la question "Comment s'est exactement passé produit l'événement ? Y-a-t-il eu quelque chose de particulier (choc, glissade etc...) ?", l'assuré s'était contenté de répondre là encore qu'il marchait, chargé de son matériel de plongée. Ce n'est qu'après avoir été informé de son refus de prendre en charge l'événement que l'intéressé a fait état d'une chute dans un trou. Or, il n'apparaissait pas non plus que le faux mouvement à l'origine de l'entorse aurait été soudain, involontaire ou d'une certaine gravité.

Quant à la garantie d'hospitalisation accordée le 30 septembre 2009, l'assureur a rappelé qu'il ne l'avait donnée que sous réserve des renseignements médicaux qui lui parviendraient ultérieurement et qu'une telle garantie n'a pour effet que de dispenser l'assuré de fournir des sûretés ou des arrhes à l'établissement médical mais ne constitue en aucun cas un engagement définitif de l'assureur envers l'assuré.

14. Par écriture du 15 février 2010, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que l'intimé soit condamné à prendre en charge les suites de l'événement du 28 août 2009 dont il demande qu'il soit qualifié d'accident. L'assuré relève qu'il est incontesté qu'il a subi une déchirure du ménisque du genou droit objectivée par l'IRM.

15. A l'appui de son recours, l'assuré a produit une attestation rédigée par Monsieur N\_\_\_\_\_, le 4 février 2010, dont les termes étaient les suivants :

"Le 28 août 2009, après avoir effectué une plongée avec Monsieur M\_\_\_\_\_ [...] nous revenions par un chemin de plage en sable en direction du parking des voitures, chargés de nos matériels de plongée. Nous étions en train de discuter de notre plongée quand j'ai vu soudainement Monsieur M\_\_\_\_\_ trébucher dans un trou qu'il n'avait pas vu. Il a alors lâché son sac en poussant immédiatement un cri de douleur et s'est mis à sautiller sur une jambe en m'indiquant qu'il s'était fait mal à son genou droit".

16. Invitée à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 mars 2010, a conclu au rejet du recours.

L'assurance admet que la lésion dont souffre l'assuré correspond bien à l'une de celles qui peuvent être assimilées à un accident mais souligne qu'il n'en demeure pas moins que pour être mise à la charge de l'assurance accidents, une telle lésion doit encore avoir été déclenchée par une cause extérieure, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

Une fois encore, l'intimé relève que ni dans la déclaration d'accident ni dans ses précisions ultérieures l'assuré n'a fait mention d'une chute ou d'une glissade; ce n'est qu'après avoir eu connaissance de son refus de prise en charge qu'il a corrigé ses déclarations en mentionnant l'existence d'un trou.

17. A la demande du recourant, une audience s'est tenue en date du 1<sup>er</sup> octobre 2010, au cours de laquelle Monsieur N\_\_\_\_\_, qui l'accompagnait au moment des faits, a été auditionné.

Le témoin a expliqué que l'assuré et lui cheminaient en direction du parking avec leur matériel de plongeur lorsqu'il a vu l'assuré trébucher, lâcher son matériel et crier qu'il avait mal au genou. Le témoin a précisé que l'assuré n'était pas tombé. Le chemin emprunté était irrégulier, possédait des ornières mais le témoin n'a pas vu ce qui a provoqué l'encoulement de son compagnon.

Quant à l'assuré il a précisé que les foulures, auxquelles il avait fait référence dans le questionnaire que lui avait demandé de remplir l'intimé étaient survenues il y a plus de dizaine d'années, lorsqu'il jouait au squash.

18. Le recourant a en outre produit à l'audience un document rédigé par le Dr B\_\_\_\_\_, médecin du sport, certifiant qu'il suit l'assuré depuis de nombreuses années, que celui-ci a toujours été en bonne santé, que son système ostéoarticulaire ne s'est jamais révélé anormal des contrôles, qu'il ne s'est en particulier jamais plaint des genoux avant le mois de septembre 2009 et que les gonalgies droites qui ont motivé la consultation ont été causées selon toute vraisemblance par un traumatisme puisqu'aux dires du patient, celui-ci est tombé accidentellement dans un trou.

19. Le 22 octobre 2010, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

L'intimée relève la contradiction entre l'affirmation du Dr B\_\_\_\_\_ selon laquelle l'assuré ne s'est jamais plaint des genoux avant le mois de septembre 2009 et la déclaration de l'assuré lui-même, confirmée lors de l'audience, selon laquelle il a déjà été victime de foulures.

L'intimée souligne que le médecin ne fait état que d'un traumatisme *vraisemblable*.

Enfin, elle fait remarquer que le témoin a indiqué que l'assuré n'était pas tombé ce qui est en contradiction flagrante avec la déclaration signée le 4 février 2010.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).
3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige porte sur le refus de l'assurance de prendre en charge les suites de l'événement du 28 août 2009, refus dont il convient d'examiner s'il est justifié.

En substance, le recourant soutient que la déchirure du ménisque dont il souffre est la conséquence du fait qu'il a posé son pied a glissé dans trou du terrain et qu'il y a donc facteur extérieur et accident au sens juridique du terme.

De son côté, l'assurance fait valoir que l'événement du 28 août 2009 ne constitue pas un événement accidentel.

5. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.
6. 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 (cf. art. 4 LPGA).
7. Par ailleurs, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, certaines lésions corporelles sont

assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Il en va ainsi notamment des déchirures du ménisque (art. 9 al. 2 let. c OLAA).

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 ss. 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). 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 malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. En l'absence d'un tel facteur déclenchant, 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 123 V 44ss 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).

En cas de lésions corporelles assimilées à un accident toutes les conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure. 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, il faudra conclure que 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. En effet, 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 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'existence d'un facteur dommageable extérieur est admise 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).

Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine, 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b).

8. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'existence d'une lésion assimilable à un accident au sens juridique du terme peut être admise.

Il n'est pas contesté que l'assuré a subi une déchirure du ménisque du genou droit, objectivée par IRM. Dès lors, il suffit qu'une cause extérieure en soit à l'origine pour admettre l'existence d'un accident.

---

En l'espèce, l'assuré a d'abord indiqué que la douleur était survenue alors qu'il marchait. Interrogé par l'assureur, il a précisé qu'il marchait lorsqu'il avait entendu son genou craquer. Ce n'est que le 16 novembre 2009, soit après avoir été informé de la position de l'assureur, que le recourant a allégué « être tombé dans un trou ». La personne qui l'accompagnait a attesté par écrit avoir vu l'assuré trébuché. Entendue par le Tribunal cantonal, le témoin a admis ne pas avoir vu ce qui avait conduit à l'encouplement du recourant.

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, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, 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. 5 let. b ; 125 V 195 consid. ch. 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. 5 let. a).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, il convient de rappeler que 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; ATFA non publié du 4 juin 2002 en la cause U 267/01 Kt ; à ce sujet, voir également le commentaire de Pantli/Kieser/Pribnow, paru in PJA 2000 p. 1195).

Si l'on se réfère aux premières déclarations de l'assuré et au témoignage de son compagnon de plongée, force est de constater que l'existence d'une ornière n'a pas été établie. En revanche, il apparaît fort vraisemblable que l'assuré se soit encouplé – peu importe pour quelle raison. Le témoin a employé à plusieurs reprises les termes « trébucher » et « encoupler ». Dès lors, eu égard à la jurisprudence citée plus haut, il y a lieu de conclure à l'existence d'une cause extérieure.

9. Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de conclure que l'événement du 28 août 2009 constitue bien un accident au sens juridique du terme, de sorte que

c'est à tort que l'intimée a refusé de prendre en charge les lésions qui en ont découlé. Le recours doit en conséquence être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations dues.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet au sens des considérants.
3. Annule les décisions des 2 décembre 2009 et 7 janvier 2010.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser au recourante la somme de 2'000 fr. à titre de dépens.
6. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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