

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Pittet et M. Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Protekta, Assurance de protection juridique SA, à Lausanne,

et

CAISSE U._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le 8 août 2011 en qualité d'apprenti employé de commerce pour le compte de la société [...] SA à [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse U._____ (ci-après : la Caisse U._____ ou l'intimée).

Par déclaration LAA du 6 juillet 2012, l'employeur a annoncé à la Caisse U._____ qu'en date du 22 juin 2012, son employé avait eu un "mauvais appui et [un] craquement dans le genou droit lors d'un match de foot". Dans un questionnaire relatif aux circonstances du sinistre rempli par l'assuré en date du 27 juillet 2012, ce dernier a indiqué qu'il avait "fait un appui et le genou a lâché pendant la course". Il a en outre précisé qu'il avait fait un faux appui, que la jambe avait glissé et que le genou avait craqué.

Les premiers soins ont été donnés le 2 juillet 2012 aux urgences de l'hôpital [...]. Lors de cette première consultation, la Dresse N._____, médecin-assistante, a, selon les indications du patient, noté les éléments suivants s'agissant du "déroulement de l'accident" : "le 22/6 alors qu'il joue au foot avec appui sur son MID (membre inférieur droit), sent craquer son genou D, pas de douleur immédiate. Depuis le soir, douleurs face interne". La Dresse N._____ a alors préconisé un traitement antalgique et un examen IRM (rapport du 31 août 2012).

L'IRM du genou droit pratiquée le 5 juillet 2012 a conclu à l'absence de fissure du ménisque médial et à la présence d'une chondropathie fémoro-patellaire grade 3, prédominant sur la crête et le versant médial de la patella.

Dans un rapport médical du 27 août 2012, le Dr F._____, spécialiste en médecine du sport et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic d'entorse du genou droit traité par physiothérapie.

Par avis médical du 11 octobre 2012, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la Caisse U._____, a retenu que l'assuré présentait une douleur au genou à l'occasion d'un match de foot, sans contact. Sans se prononcer sur la notion d'accident, il a considéré qu'une chondropathie fémoro-patellaire rotulienne était une pathologie banale et fréquente. Selon le médecin-conseil, elle n'est "de causalité naturelle que possible avec l'événement précité [du 22 juin 2012] et ne figure pas dans la liste des lésions assimilées mentionnées à l'art. 9.2 OLAA".

Par décision du 16 novembre 2012, la Caisse U._____ a refusé la prise en charge du cas de l'assuré au motif que l'événement décrit n'avait pas été causé par un facteur extérieur extraordinaire et qu'il ne pouvait dès lors être qualifié d'accident (art. 4 LPGA). En outre, le diagnostic posé ne relevait pas d'une lésion corporelle assimilée à un accident (9 al. 2 OLAA).

Dans le cadre de son opposition, l'assuré, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a rappelé que le Dr F._____ avait posé le diagnostic d'entorse du genou droit, lequel s'apparentait, au sens de la jurisprudence (U 287/00), à une lésion des ligaments qui devait être pris en charge selon l'art. 9 al. 2 OLAA.

Compte tenu de ces éléments, la Caisse U._____ a soumis le cas de l'assuré à l'avis du Dr M._____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil auprès de la Direction générale de la Caisse U._____ à [...]. Dans un rapport du 4 décembre 2012, le Dr M._____ a répondu de la manière suivante aux questions posées :

"1. Diagnostic

Nous sommes de toute évidence en présence d'une chondropathie rotulienne au genou droit. Que l'on considère cette chondropathie du point de vue de l'évolution temporelle ou de celui de la biomécanique, celle-ci ne peut pas être due à l'événement du 22.06.2012. De plus, une hypertrophie chondrale d'origine réactive ou constitutionnelle a été constatée au niveau de l'articulation

fémoro-patellaire, ce qui renforce la probabilité d'un état préexistant en ce qui concerne la chondropathie rotulienne. Pour le reste aucune autre lésion structurelle intra-articulaire n'a pu être constatée, en particulier au niveau des ménisques ou des ligaments. Toutefois, je ne peux pas entièrement exclure une légère entorse de l'articulation avec élongation de la capsule ou de l'appareil ligamentaire, bien qu'un tel dommage n'ait pas pu être prouvé par l'imagerie médicale.

2. Se trouve-t-on en présence selon vous d'une LCass selon art. 9 al. 2 OLAA?

A partir des documents radiologiques, il n'est pas possible d'établir un diagnostic clair correspondant à la liste des diagnostics de l'article 9 alinéa 2 OLAA. La question de savoir si le diagnostic d'une entorse peut être admis d'un point de vue purement clinique reste ouverte. Une entorse articulaire signifie qu'il y a eu élongation, et dans les cas extrêmes rupture de structures capsulaires et ligamentaires, ce qui pourrait entrer dans le cadre de l'art. 9 al. 2 OLAA. Mais ce genre d'entorse s'accompagne la plupart du temps d'enflures localisées et de douleurs initiales aiguës, ce qui de toute évidence n'a pas été constaté dans le cas qui nous occupe.

3. Observations

A mon avis, l'évaluation du docteur T. _____ du 11.10.2012 est tout à fait pertinente".

Par décision sur opposition du 9 janvier 2013, la Caisse U. _____ a confirmé sa décision du 16 novembre 2012 notamment quant à l'existence d'une chondropathie fémoro-patellaire de grade 3 du genou droit, pathologie qui ne figurait pas dans la liste des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA et qui était au surplus préexistante à l'événement du 22 juin 2012. Au demeurant, il n'a pas été établi selon le critère de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ait présenté une véritable entorse avec une lésion ligamentaire. Au vu de ces éléments, la Caisse U. _____ n'a ainsi pas examiné si les circonstances de l'événement satisfaisaient à tous les éléments de la notion d'accident, à l'exception du facteur extraordinaire.

B. Par acte de son mandataire du 7 février 2013, Z. _____ recourt contre la décision sur opposition du 9 janvier 2013 et conclut principalement à l'octroi de prestations au titre de l'assurance-accident obligatoire dès le 22 juin 2012, et subsidiairement au renvoi du dossier à la Caisse U. _____ pour une nouvelle décision au sens des considérants, sous suite de frais et dépens. Il allègue que la lésion qu'il a subie provient d'un facteur extraordinaire et que l'atteinte a été soudaine comme le soutient le Dr F. _____ dans le cadre de son courrier du 15 janvier 2013 joint au recours, à teneur duquel ce médecin estime que les lésions cartilagineuses de son patient sont d'origine traumatique. Il est d'avis que l'intimée a écarté à tort le diagnostic d'entorse, soit une lésion assimilée à

un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA pour ne retenir que le diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire de grade 3 du genou droit.

Dans sa réponse du 5 mars 2013, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle transmet un courrier du 1^{er} mars 2013 du Dr T._____, lequel relève notamment que le recourant ne décrit pas qu'il y ait eu un mécanisme d'entorse lors de l'événement du 22 juin 2012.

Dans ses déterminations du 2 avril 2013, le recourant indique ne pas avoir d'explications complémentaires à fournir, ni de pièces particulières à requérir.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. In casu, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée en relation avec l'événement du 22 juin 2012. Dans sa décision sur opposition du 9 janvier 2013, l'intimée a refusé de verser des prestations au recourant estimant que la lésion subie lors de l'événement précité ne pouvait être considérée comme une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20

décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), ce qui est contesté par le recourant. L'intimée a toutefois laissée ouverte la question de l'existence d'un accident dans la décision attaquée, pour finalement refuser de considérer l'événement précité comme un accident et ce, dans le cadre de sa réponse du 5 mars 2013.

a) A teneur de l'art. 4 LPGA, 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. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question 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, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). Si l'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 de l'assuré 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; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) 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 OLAA, qui prévoit que 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. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- 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.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b p. 147).

La notion de lésion corporelle 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 souvent 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 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi 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 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 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).

La jurisprudence a encore précisé que lorsque la lésion d'un organe ne peut pas être attribuée à une cause extérieure concrète, mais qu'elle est due à la répétition, durant la vie quotidienne, de microtraumatismes qui provoquent l'usure de l'organe et finalement la lésion de celui-ci, cette dernière doit être considérée comme l'effet d'une maladie et non d'un accident. Ainsi, le diagnostic de déchirure du ménisque ne permet pas, à lui seul, d'admettre la soudaineté de l'atteinte, dans la mesure où la charge quotidienne supportée par l'articulation du genou et les microtraumatismes qui en résultent peuvent conduire à la formation d'une déchirure (TFA U 198/00 du 30 août 2001 consid. 2b et U 63/96 du 28 novembre 1996).

c) 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 130 III 321 consid. 5b p. 360, 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 126 V 353 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.). 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 319 consid. 5a p. 322).

d) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera 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 45 consid. 2a p. 47 et les références, RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2, TFA U 64/02; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

3. En l'espèce, l'on ne saurait retenir l'existence d'une lésion décrite à la lettre g de l'art. 9 al. 2 OLAA, contrairement à ce que soutient le recourant. Il sied de rappeler qu'avant de consulter le Dr F._____, le recourant a été examiné le 2 juillet 2012, soit plus de dix jours après l'événement, par la Dresse N._____ (rapport médical du 31 août 2012 et déclaration LAA du 6 juillet 2012). Cette praticienne a constaté que le recourant présentait des douleurs au ménisque interne, le reste de l'examen étant sans particularité. L'IRM pratiquée le 5 juillet 2012 n'a mis en évidence ni entorse, ni déchirure des ligaments, mais une chondropathie fémoro-patellaire de grade 3. Dans son rapport du 6 juillet 2012, le spécialiste en radiologie a en outre noté la présence de deux ulcérations profondes, atteignant l'os sous-chondral de la tête patellaire sans œdème osseux associé et sans anomalie du cartilage fémoral en regard probablement, selon lui, d'origine constitutionnelle ou en rapport avec un problème survenu avant la fin de la croissance du patient. Si le Dr F._____ a posé le diagnostic d'entorse du genou droit dans son rapport médical du 27 août 2012, il n'a toutefois pas exposé ses éventuelles observations permettant de motiver un tel diagnostic. Sur ce point, le Dr M._____ a expliqué qu'une entorse articulaire entraînait une élongation, voire dans les cas extrêmes une rupture de structures capsulaires et ligamentaires (avis médical du 4 décembre 2012). Elle

s'accompagnait d'enflures localisées et de douleurs initiales aiguës, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. En effet, lors de sa consultation auprès de la Dresse N._____, le recourant n'a pas prétendu avoir souffert de douleurs aiguës ou d'une enflure.

Dans son courrier du 15 janvier 2013, le Dr F._____ n'évoque plus le diagnostic d'entorse, mais tente de trouver l'origine de la chondropathie. Tout en donnant une nouvelle version des faits en faisant état d'une torsion du genou et d'importantes douleurs, le médecin traitant estime que les lésions cartilagineuses (ulcérations profondes atteignant l'os sous-chondral de la crête patellaire) sont d'origine traumatique. Le Dr M._____, tout en constatant la présence de deux points d'usure profonds du cartilage, a toutefois conclu que la chondropathie n'avait pas une origine traumatique, mais était dû à un état préexistant, soit à une hypertrophie chondrale d'origine réactive ou constitutionnelle au niveau de l'articulation fémoro-patellaire, élément déjà relevé dans le cadre de l'examen IRM du 5 juillet 2012 (rapport du 6 juillet 2012). Il n'est pas contestable que les considérations du Dr M._____ sont bien motivées et reposent sur des motifs objectifs qui ne sont du reste pas remis en cause en tant que tels par le Dr F._____. Ce dernier, sans pour autant dénier toute pertinence à l'appréciation du Dr M._____, n'apporte aucun élément concret et tangible de nature à renverser les conclusions de ce praticien. Finalement, le seul élément sur lequel le recourant peut s'appuyer en faveur d'un rapport de causalité entre son état douloureux et l'événement du 22 juin 2012 est celui fondé sur l'adage post hoc ergo propter hoc qui n'est à lui seul pas suffisant, selon la jurisprudence (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.), pour établir un tel lien de cause à effet.

Dans ce contexte, la question de savoir si l'événement du 22 juin 2012 doit être qualifié d'accidentel peut rester ouverte, les douleurs dont s'est plaint le recourant plusieurs heures après l'événement précité n'étant pas d'origine traumatique mais dégénérative.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, ni d'allouer de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 janvier 2013 par la Caisse U. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Protekta, Assurance de protection juridique SA (pour le recourant), à Lausanne,
- Caisse U. _____ (intimée), à [...],
- Office fédéral de la santé publique à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :