

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 septembre 2011

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.    Jomini et Mme Brélaz Braillard  
Greffier       :     M. Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Nyon, recourant,

et

**E.** \_\_\_\_\_ Assurances SA, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 4 LPGA; 6 al. 1 et 2 LAA; 9 al. 2 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'E.\_\_\_\_\_ Assurances SA (ci-après: l'assurance ou l'intimée). Selon une déclaration LAA de son employeur, l'assuré a fait annoncer un événement survenu le 5 juin 2010 vers 13h30 au club de tennis de [...]. Dans un questionnaire complété le 18 juillet 2010, l'assuré a précisé ce qui suit s'agissant du déroulement de l'événement en question:

"En jouant le point, j'ai effectué une glissade sur terre battue en bout de course. Au cours de cette glissade, j'ai senti la douleur au genou gauche qui a persisté."

Selon une IRM du genou gauche pratiquée le 21 juin 2010 par les Drs M.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ du Service de radiologie des [...], il a été mis en évidence: un status post plastie du ligament croisé antérieur d'aspect lâche sinueux et responsable d'une protrusion dans l'aire intercondyloire antérieure, avec une suspicion de déhiscence partielle au niveau de l'ancrage fémoral; une fissure verticale périphérique de la corne postérieure du ménisque interne; des anomalies de signal des deux ménisques dont il est difficile de différencier des récurrences de fissure versus un status post-opératoire, à éventuellement corréler à un arthro-CT (arthro-scanner précédé d'une arthrographie).

Dans un rapport médical du 20 juillet 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin interniste aux [...], a posé le diagnostic provisoire de suspicion de lésion du ménisque externe gauche.

Dans un rapport médical du 17 janvier 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assurance et expert médical certifié SIM, a considéré que sur la base des éléments mis en évidence par l'IRM du 21 juin 2010, il était difficile de déterminer s'il s'agissait d'un status postopératoire ou de nouvelles lésions, d'une anomalie de la corne postérieure du ménisque interne. Considérant la présence d'érosions cartilagineuses dépassant 50%

d'épaisseur au niveau des deux condyles fémoraux, avec ostéophytose, le médecin-conseil a relevé qu'il s'agissait clairement d'une arthrose débutante du genou dans un contexte de séquelles d'entorse grave opérée, de sorte que la glissade lors du match de tennis n'avait fait que révéler un état arthrosique, la causalité naturelle n'étant dès lors que possible avec l'événement survenu le 5 juin 2010.

Par décision du 2 février 2011, reprenant les constatations de son médecin-conseil, l'assurance a nié le droit aux prestations pour les suites de l'événement survenu le 5 juin 2010. Outre le fait que cet événement ne répondait pas à la définition d'accident, la causalité naturelle n'était pas satisfaite, la simple "possibilité" d'un rapport ne suffisant pas, selon la jurisprudence constante en la matière, pour fonder un droit aux prestations.

Le 28 février 2011, l'assuré s'est opposé à la décision précitée en soulignant que, même en présence d'une arthrose débutante du genou, l'événement du 5 juin 2010 avait provoqué l'atteinte dont il avait souffert et que celui-là en était la condition sine qua non, de sorte que le lien de causalité naturelle était rempli en l'espèce.

Par décision sur opposition du 14 mars 2011, l'assurance a rejeté l'opposition de son assuré. L'assureur a indiqué que l'assuré n'avait pas été soumis à une cause extérieure à son organisme et qu'au demeurant faisait également défaut, le caractère extraordinaire d'une telle cause. Le fait d'effectuer une glissade afin de jouer un point dans le cadre de la pratique du tennis sur terre battue n'étant pas exceptionnel. Subsidiairement, l'IRM du 21 juin 2010 n'avait mis en évidence aucune des lésions mentionnées dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202).

**B.** Le 21 avril 2011, A. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision sur opposition précitée. Il conclut à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'il soit admis que les lésions consécutives à l'événement du 5 juin

2010 constituent un accident et que les prestations contractuelles lui soient versées en conséquence.

Par réponse du 13 mai 2011, E. \_\_\_\_\_ Assurances SA conclut au rejet du recours. L'intimée produit la fiche personnelle du recourant auprès de Swiss Tennis dont il ressort notamment que l'intéressé est classé dans la catégorie R5.

Le 8 juin 2011, le recourant fait part de ses explications complémentaires sur la réponse de l'intimée. Il indique persister dans ses conclusions sans requérir de nouvelles investigations.

Le 22 juin 2011, l'intimée indique renoncer à des déterminations supplémentaires.

#### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au

Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur la question de savoir si l'événement survenu le 5 juin 2010 à l'occasion d'un match de tennis est constitutif ou non d'un cas d'accident ou d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202).

**a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 et les références). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1; TF 8C\_726/2009 du 30 avril 2010, consid. 3; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 consid. 2).

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 des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 116 V 136 consid. 3 b et 112 V 202 consid. 1 et les références citées; ATFA U 220/2005 du 22 mai 2006, consid. 3.2).

**b)** L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que 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, 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. 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.

La liste précitée est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b).

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. L'assureur-accidents doit ainsi 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, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). 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 (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant 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 LPG; TF 8C\_726/2009 du 30 avril 2010, consid. 6). 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 présentant 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 (ATF 129 V 466 consid. 4; TF 8C\_194/2009 du 11 août 2009, consid. 4 et 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008, consid. 2.1).

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 telles qu'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 sollicité le corps, en particulier les membres, de manière 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; TF 8C\_194/2009 du 11 août 2009 consid. 4 et 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

**c)** En l'occurrence, le recourant a indiqué le 18 juillet 2010 que c'est lors d'un match de tennis qu'en jouant le point il avait effectué une

glissade sur terre battue en bout de course. Considérant que selon le document produit en cours de procédure le recourant figure actuellement en catégorie R5 du classement Swiss Tennis, une glissade du genre de celle d'espèce - au demeurant fréquente en tennis pratiqué sur terre battue - est un mouvement connu et exercé habituellement par le recourant à l'occasion de ses matchs. D'autre part, la glissade telle que décrite l'a été afin de jouer le point, de sorte qu'il y a lieu d'admettre qu'elle était volontaire. Au demeurant, la glissade en question ne saurait être assimilée à un mouvement "non programmé" au sens dégagé par la jurisprudence dès lors que le recourant n'a pas fait un mouvement désordonné et involontaire, à l'instar par exemple d'un mouvement de recul effectué par réflexe (TFA U 17/2002 du 10 décembre 2002, consid. 2 et les références; sur la notion de mouvement "non programmé" cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références; TFA U 220/2005 du 22 mai 2006, consid. 3.3). Ainsi que l'a souligné l'intimée, le recourant n'a en particulier jamais déclaré avoir glissé ou trébuché durant son action tendant à jouer le point entamé.

Enfin, le geste volontaire accompli par le recourant n'a pas sollicité le corps, en particulier les membres, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique et aurait dépassé ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de facteur extérieur et ainsi pas d'accident de sorte qu'aucune prestation fondée sur l'assurance-accidents n'est due, que l'on se place dans l'hypothèse ordinaire ou dans celle de l'art. 9 OLAA.

**3.** En conséquence, mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition rendue le 14 mars 2011 par l'autorité intimée refusant toutes prestations pour les suites de l'événement du 5 juin 2010 confirmée.

Il n'est pas perçu de frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant

n'obtenant pas gain de cause et n'ayant par ailleurs pas procédé en cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 21 avril 2011 par A. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 14 mars 2011 par E. \_\_\_\_\_ Assurances SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- A. \_\_\_\_\_,
- E. \_\_\_\_\_ Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :