

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 août 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mme Pasche et M. Pittet, assesseur  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Orion Compagnie  
d'Assurance de Protection juridique, à Lausanne,

et

**CAISSE X.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 4 LPGA; 9 al. 2 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** U. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, travaille depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1992 en qualité de collaboratrice au service externe pour le compte de la société [...] AG à [...]. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse X. \_\_\_\_\_ (ci-après : X. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Par déclaration LAA du 18 février 2011, l'employeur a annoncé à X. \_\_\_\_\_ qu'en date du 9 décembre 2010, son employée s'était tordue le genou à la maison en se levant de sa chaise (littéralement : "Zu Hause beim Aufstehen vom Stuhl das Knie verdreht"). Dans un questionnaire relatif aux circonstances du sinistre rempli par l'assurée en date du 28 février 2011, cette dernière a expliqué qu'elle s'était levée de sa chaise et que son genou s'était déboîté (littéralement : "Ich bin von meinem Stuhl aufgestanden und mein Knie hat sich verrenkt").

Dans un rapport médical LAA du 25 mai 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a exposé que l'événement du 9 décembre 2011 avait provoqué la rupture d'une greffe du ligament croisé antérieur (LCA) (plastie pratiquée en septembre 1994). S'agissant du déroulement de l'événement précité, il a mentionné, sur indication de la patiente une "*distorsion du genou droit en se levant d'une chaise chez elle à la maison*". Il a également transmis un rapport de la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, suite à une IRM du genou droit pratiquée le 12 janvier 2011, laquelle a retenu les diagnostics suivants :

"Status après déchirure et ménissectomie interne partielle. Pas de signe de nouvelle déchirure.  
Chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment externe.  
Déchirure horizontale de la corne antérieure du ménisque externe communicant avec un volumineux kyste méniscal de 15 X 16 X 11 mm.  
Lésion mucoïde de grade II de la corne postérieure du ménisque externe.  
Status après plastie du LCA avec aspects compatibles avec une déchirure partielle du tiers distal du greffon.  
Chondropathie du grade II du versant interne du cartilage rotulien.

Kyste poplité de 14 X 3.5 X 18 mm".

Par décision du 6 juin 2011, X.\_\_\_\_\_ a refusé la prise en charge du cas de l'assurée au motif que l'événement du 9 décembre 2010 ne répondait pas à la définition d'un accident (art. 4 LPG), puisque le simple fait de se lever d'une chaise faisait partie des gestes de la vie courante et ne revêtait pas un caractère extraordinaire justifiant l'admission d'un accident. En outre, les lésions subies ne pouvaient pas non plus être assimilées à un accident en l'absence d'une cause extérieure (9 OLAA).

Dans le cadre de son opposition formée le 24 juin 2011, l'assurée, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a fait valoir que la notion d'accident était clairement remplie étant donné qu'elle avait perdu l'équilibre et qu'elle était tombée en effectuant une torsion de son genou, laquelle était due à la chute.

Le 8 juillet 2011, l'assurée a subi une arthroscopie pratiquée par le Dr K.\_\_\_\_\_, lequel a procédé à une re-plastie du LCA, une régularisation du ménisque interne, ainsi qu'une acromioplastie (AMO).

Dans un rapport médical initial du 16 août 2011 faisant suite à une demande de X.\_\_\_\_\_ du 30 mai 2011, le Dr K.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assurée l'avait consulté la première fois en date du 4 janvier 2011. Sous indication du patient s'agissant des circonstances de l'accident, le praticien précité a noté : "*Chute avec dist. Genou dt en se levant d'une chaise*".

Par décision sur opposition du 27 septembre 2011, X.\_\_\_\_\_ a confirmé sa décision du 6 juin 2011, estimant que l'assurée avait donné une nouvelle version des faits, qui n'étaient pas de simples précisions, mais qui donnaient à l'événement une toute autre dimension susceptible d'entraîner une qualification juridique différente. X.\_\_\_\_\_ a dès lors estimé qu'il convenait de retenir la première version des faits fournie par l'assurée à son employeur et confirmée dans le questionnaire du 28 février 2011.

**B.** Par acte de son mandataire du 27 octobre 2011, U. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision sur opposition du 27 septembre 2011 et conclut à son annulation, ainsi qu'à la reconnaissance de la notion d'accident, sous suite de frais et dépens. Travaillant à son domicile, elle explique qu'elle a omis de préciser dans le cadre de son opposition qu'elle s'était levée pour prendre un classeur et qu'en reculant, elle était tombée en arrière en s'encoublant dans sa chaise de bureau à roulettes. Elle fait en outre valoir que bien qu'elle comprenne la langue allemande, ce n'est pas sa langue maternelle, raison pour laquelle elle s'est limitée à une brève description des faits dans un premier temps. Elle ajoute enfin n'avoir jamais voulu mentir à l'assurance, mais elle ignorait l'importance de sa première déclaration à l'assureur LAA. Elle joint à son recours une prise de position du 26 octobre 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_, lequel a indiqué que lors de sa première consultation en date du 4 janvier 2011, sa patiente lui avait déclaré avoir chuté d'une chaise en se levant.

Dans sa réponse du 16 novembre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Dans ses déterminations du 9 décembre 2011, la recourante conclut principalement à ce que l'événement du 9 décembre 2010 soit reconnu en tant qu'accident, subsidiairement en tant que lésion assimilée à un accident.

### **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 de la recourante à des prestations de l'intimée en relation avec l'événement du 9 décembre 2010. Dans sa décision sur opposition du 27 septembre 2011, l'intimée a refusé de verser des prestations à la recourante estimant que l'événement précité n'était pas assimilable à un accident, ni à une lésion assimilée à un accident, ce qui est contesté par la recourante.

**a)** 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 évènement 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 qui, 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. a)** En l'espèce, les premières déclarations de la recourante au sujet de l'événement du 9 décembre 2010 diffèrent de la version des faits qu'elle a présentée ultérieurement, à savoir après que l'intimée eut nié l'existence d'un facteur extérieur. La recourante conteste avoir donné des versions contradictoires de l'événement. Si elle admet que sa déclaration d'accident initiale était plutôt succincte, elle fait également valoir que par la suite, elle a précisé le déroulement de l'accident en expliquant s'être encoublée dans sa chaise à roulettes alors qu'elle reculait. Ses déclarations étaient au demeurant confirmées par un tiers, à savoir le Dr K. \_\_\_\_\_.

**b)** Il convient tout d'abord de constater que la recourante a eu tout loisir de préciser les circonstances de l'événement du 9 décembre 2010 dans le questionnaire que lui a soumis l'intimée et que la recourante a rempli le 28 février 2011. Or, à la question de savoir comment s'était exactement déroulé l'accident (chute, choc, glissade, etc.), la recourante a réitéré qu'elle s'était levée de sa chaise et que son genou s'était déboîté.

Elle n'y a décrit aucun phénomène particulier qui serait venu interférer le déroulement du mouvement qu'elle était en train d'effectuer. Comme dans la déclaration LAA, elle n'a pas fait référence à une chute ou une glissade ou à un mouvement non programmé entraînant un déboîtement du genou. Si elle était tombée en arrière en s'encoublant dans sa chaise à roulettes comme elle l'a prétendu par la suite, elle n'aurait pas manqué de le préciser à ce moment-là, soit avant de connaître les conséquences juridiques de ses déclarations, d'autant que ce fait n'est pas anodin, puisqu'il serait, à ses yeux, à l'origine de la rupture d'une greffe du ligament croisé antérieur du genou droit. Dans ces conditions, le rapport du 16 août 2011 et le courrier du 26 octobre 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_ faisant état d'une chute ne sont pas convaincants et ne sauraient être retenus. En effet, ces documents, qui ont été rédigés plus de 7 mois après l'administration des premiers soins (le 4 janvier 2011), sont vagues et imprécis s'agissant des circonstances de l'événement du 9 décembre 2010, puisqu'ils ne permettent pas de savoir si la "chute" évoquée a précédé ou non la distorsion du genou. On rappellera que dans son rapport initial du 25 mai 2011, ce praticien n'avait pas mentionné de chute, précisant uniquement sur la base des indications de sa patiente que cette dernière avait subi une distorsion du genou droit en se levant d'une chaise chez elle à la maison.

Dès lors que les déclarations de la recourante des 18 (déclaration d'accident) et 28 février 2011 (questionnaire complémentaire) ne concordent pas avec celles données postérieurement au refus de l'intimée de prendre en charge l'accident, la règle de preuve rappelée au consid. 2d supra commande de retenir la première version de la recourante.

**c)** Si l'on se base sur les premières déclarations faites par la recourante, il sied par conséquent d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'aucun facteur extérieur, présentant ou non un caractère extraordinaire, n'a déclenché les affections au genou droit. En effet, on ne saurait conclure que l'action de la recourante a excédé le cadre des événements et des situations que l'on peut,

objectivement, qualifier de quotidien ou d'habituel. En particulier, la recourante n'a pas effectué un effort inhabituel, pas plus qu'un mouvement non coordonné, si bien que l'existence d'une cause extérieure doit être niée. L'intimée a donc refusé à juste titre de prendre le cas en charge le cas.

**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  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 septembre 2011 par X.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Orion, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique (pour la recourante), à Lausanne,
- Caisse X. \_\_\_\_\_, 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 :