

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 novembre 2014

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

**GRUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA**, à Martigny (VS), intimé.

---

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

**E n f a i t :**

**A.** Ressortissante suisse, née en 1980, V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), travaille en qualité d'éducatrice au service de l'Association I.\_\_\_\_\_ à Lausanne. A ce titre, elle est assurée obligatoirement, par l'intermédiaire de son employeur, contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : Mutuel ou l'intimé).

L'employeur de l'assurée a fait parvenir à Mutuel, en date du 20 mars 2013, une déclaration d'accident selon laquelle l'assurée s'était blessée au genou gauche lors de son cours de danse le 12 mars 2013. L'événement était relaté comme suit :

« Lors de mon cours de danse, j'ai dû m'accroupir et remonter rapidement et en m'accroupissant j'ai entendu et senti un gros craquement dans mon genou gauche. »

L'assurée a été en incapacité totale de travail à compter du 21 mars 2013.

Une IRM du genou gauche a été pratiquée le 15 mars 2013. Le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu son rapport du 18 mars suivant en retenant l'existence d'une rupture d'un kyste de Baker, avec une minime lésion chondrale du cartilage rotulien et une lésion de grade I du ménisque interne sans déchirure.

Le 21 mars 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin auprès du Centre médical H.\_\_\_\_\_ à Lausanne, a procédé à une arthroscopie du genou gauche ainsi qu'à une suture méniscale interne gauche.

Répondant à un questionnaire de Mutuel adressé le 26 mars 2013, l'assurée a décrit en ces termes l'activité et les circonstances dans lesquelles elle avait subi une lésion corporelle :

« Lors de mon cours de danse hip-hop, j'ai dû m'accroupir et me relever assez vite. Lorsque je me suis accroupie, j'ai entendu et senti un craquement dans le genou douloureux. »

A la question de savoir quand elle avait ressenti pour la première fois des douleurs, l'assurée a répondu ce qui suit :

« Juste après m'être accroupie, en me relevant après le craquement. »

Dans un rapport médical à l'intention de Mutuel complété le 16 mai 2013, le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de déchirure du ménisque interne. Il a indiqué que la situation douloureuse ne disparaissait pas, ce qui avait conduit l'assurée à le contacter pour une évaluation.

Par décision du 4 juin 2013, Mutuel a refusé de prendre en charge le cas. Il a, en bref, considéré que l'événement du 12 mars 2013 ne constituait pas un accident, faute d'une cause extérieure extraordinaire, ni une lésion assimilée à un accident, au motif que :

« Selon notre médecin-conseil, le mouvement de s'accroupir a probablement rompu le kyste de Baker qui s'était très vraisemblablement développé suite à la lésion méniscale préexistante découverte fortuitement lors de l'arthroscopie du 21 mars 2013. Ce cas relève donc de la compétence de votre assurance-maladie (...). »

Agissant par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assurée s'est opposée à cette décision en date du 14 juin 2013. Elle soutient que l'événement du 12 mars 2013 constitue une lésion corporelle assimilée à un accident. Elle a complété son argumentation dans une écriture du 24 septembre 2013, à laquelle était joint un rapport médical du 19 septembre 2013 destiné à la protection juridique de l'assurée dans lequel le Dr N. \_\_\_\_\_ écrivait ce qui suit :

« J'ai expliqué à la patiente que l'examen clinique primait sur l'appréciation de la radiologie et que pour moi, la lésion méniscale

interne était évidente. J'ai donc proposé à la patiente une arthroscopie afin de confirmer le diagnostic et de le traiter. (...) L'arthroscopie a confirmé le diagnostic clinique, soit une déchirure horizontale, en zone rouge, de la jonction du corps et de la corne postérieure du ménisque interne. (...) Il s'agissait d'une déchirure franche, fraîche. (...) »

Une nouvelle IRM du genou gauche a été réalisée le 4 octobre 2013. Le Prof. P.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu son compte rendu du même jour, co-signé par le Dr G.\_\_\_\_\_, en retenant l'absence de déchirure méniscale. Il a signalé une chondropathie de grade III sur le versant patellaire interne, de grade III sur le plateau tibial externe et de grade II à III sur le condyle fémoral interne.

D'une note interne du 8 octobre 2013, il ressort que le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil, n'a pas compris pourquoi Mutuel lui avait demandé un rapport. Selon ce médecin, le fait de s'accroupir n'était pas accidentel, contrairement au fait de se relever qui engendrerait un effort pouvant provoquer une lésion méniscale.

Par décision sur opposition du 13 novembre 2013, Mutuel a rejeté l'opposition de l'assurée. Il a confirmé son refus de prendre en charge les conséquences des lésions dont souffrait l'assurée au genou gauche, postérieurement au 12 mars 2013, motif pris de l'absence d'accident ou de lésion assimilée à un accident au sens de la loi. Il a motivé son refus en ces termes :

« Dans le cas particulier, Mme V.\_\_\_\_\_ a précisé dans le questionnaire rempli en date du 9 avril 2013, que lorsqu'elle s'est accroupie, elle a entendu et senti un craquement douloureux dans le genou. L'assurée a encore précisé que l'activité s'était déroulée dans des circonstances extérieures normales, sans que ne se soit produit un événement particulier, si ce n'est le craquement du genou. Dès lors, l'assurée a ressenti une douleur à son genou droit en s'accroupissant. Il n'est fait nulle part mention d'un mouvement brusque ou incontrôlé lors de l'accroupissement, qui aurait pu entraîner une sollicitation accrue.

Il s'ensuit, au vu de la jurisprudence, mentionnée ci-dessus, que le mouvement effectué par l'assurée (s'accroupir) n'est pas un mouvement ayant un potentiel lésionnel accru, en l'absence de phénomènes extérieurs. Dès lors, une des conditions posée par la

jurisprudence (cause extérieure) n'est pas remplie et l'événement survenu le 12 mars 2013 ne peut être considéré comme une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. »

**B.** Par acte du 12 décembre 2013, V.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Elle conclut en substance à son annulation et à ce que l'intimé lui verse ses prestations à compter du 12 mars 2013. Elle demande en outre que l'intimé soit condamné « aux frais et à une participation équitable aux dépens dès lors que la recourante a eu recours à une tierce personne pour la rédaction du recours ». Subsidiairement, elle formule encore la conclusion suivante : « si par impossible, l'événement du 12 mars 2013 n'est pas un accident, la recourante prie la Cour de céans de bien vouloir préciser qu'il sera du ressort de la caisse-maladie W.\_\_\_\_\_ [assureur-maladie de l'intéressée, réd.] ». La recourante explique que l'événement du 12 mars 2013 a provoqué une lésion de grade I au niveau du ménisque interne, de sorte que l'atteinte subie constituerait une lésion assimilée à un accident, soit en l'occurrence une déchirure du ménisque. En outre, le Dr N.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'elle ne présentait aucun trouble dégénératif ayant pu mener à la constitution d'un kyste de Baker sur une lésion ancienne. Selon la recourante, les douleurs éprouvées ne seraient pas apparues spontanément mais à la suite de l'exécution d'un mouvement de flexion extrême accompagné de rotation externe, en charge, au niveau du genou gauche (s'accroupir et se relever) au cours duquel elle a entendu et senti un craquement douloureux dans le genou. Elle en infère que ce mouvement constitue un facteur extérieur clairement reconnaissable. De plus, l'intimé ne saurait nier qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre la déchirure du ménisque et le mouvement de flexion extrême accompagnée de rotation externe, en charge, au niveau du genou gauche. La recourante fait enfin grief à l'intimé de ne se fonder que sur des suppositions et de ne pas asseoir son argumentation sur des éléments suffisamment objectivés.

Dans sa réponse du 17 janvier 2014, l'intimé relève que la recourante tente de modifier sa déclaration des faits pour essayer d'aggraver le mouvement lésionnel en invoquant une rotation du genou

lors de l'accroupissement. Postérieure à la décision de refus, cette déclaration ne doit pas être prise en compte et il convient de s'en tenir à la première version fournie. Sur le fond, l'intimé maintient que l'événement du 12 mars 2013 ne cadre pas avec la définition légale de l'accident, faute d'une cause extérieure extraordinaire. Il ne s'agit pas non plus d'une lésion assimilée à un accident car l'accroupissement effectué par la recourante, même en dansant, était un mouvement maîtrisé sans potentiel lésionnel accru. Ce point de vue aurait d'ailleurs été confirmé par le Dr J.\_\_\_\_\_. En conséquence, la décision sur opposition du 13 novembre 2013 niant le droit de la recourante à des prestations était bien-fondée, de sorte que le recours doit être rejeté.

En réplique du 6 février 2014, la recourante conteste avoir fourni une version différente des faits de la cause, les circonstances de l'événement litigieux étant au contraire avérées. Pour le reste, elle renvoie à son mémoire de recours dont elle confirme la motivation et les conclusions.

Dupliquant le 26 février 2014, l'intimé maintient que la recourante a modifié ses premières déclarations en prétendant dans son recours avoir fait une rotation lors de son accroupissement. Or, elle n'avait jusqu'alors mentionné que le seul accroupissement. Partant, il doit être fait abstraction d'une quelconque rotation dans l'examen des faits. Pour le surplus, l'intimé répète que l'événement litigieux ne répond ni à la définition de l'accident, ni à celle d'une lésion qui lui est assimilée. Par conséquent, il réitère ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

S'exprimant une ultime fois par pli du 20 mars 2014, la recourante se contente de souligner que le formulaire de l'assureur ne lui permettait pas de décrire en détail tous les mouvements de la chorégraphie à laquelle elle participait le 12 mars 2013. Elle est en outre d'avis que lorsque l'on danse, on ne s'accroupit pas de la même manière que dans la vie ordinaire de tous les jours.

Cette lettre a été transmise pour information à l'intimé, qui n'a pas réagi.

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

**1. a)** 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 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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 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, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. Dans ses conclusions, la recourante demande à titre subsidiaire que « si, par impossible l'événement du 12 mars 2013 n'est pas un accident, (...) la Cour de céans [précise] qu'il sera du ressort de la caisse-maladie W.\_\_\_\_\_ ». On rappellera que, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'absence de toute décision de l'assureur-maladie, il n'y a par conséquent pas lieu d'entrer en matière sur cette conclusion que n'englobe pas l'objet de la présente contestation.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) 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 est compétente pour statuer dans la composition ordinaire à trois juges (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 1 et 4 LPA-VD).

**2. a)** L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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 LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404 et les références; 122 V 230 consid. 1 p. 232 s. ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, [SBVR] vol. XIV, 2<sup>e</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, p. 859 n. 66 ; ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). 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, le cas échéant, 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 134 V 72 consid. 4.3.1 p. 79 ainsi que la référence ; TF 8C\_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé »). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admis, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les références). 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). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). En particulier, dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un événement particulier (ATF 130 V 118 consid. 2.2 et les arrêts cités ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3.3).

**b)** 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 353 consid. 5b p. 360 ; 125 V 193

consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 III 321 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 ; TF 8C\_513/2011 du 22 mai 2012 consid. 5.1).

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 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d ; TF 8C\_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4).

**c)** En l'occurrence, la déclaration d'accident complétée par l'employeur le 20 mars 2013 indique que, lors de son cours de danse, la recourante s'est accroupie et qu'elle a alors ressenti et entendu un gros craquement dans son genou gauche. Aucune circonstance particulière n'est mentionnée. De même, lorsqu'elle a rempli le questionnaire à l'attention de l'assureur-accidents le 9 avril 2013, l'assurée a déclaré que l'événement s'était produit alors qu'elle devait s'accroupir durant son cours de danse hip-hop. En réponse aux questions qui lui étaient posées s'agissant de savoir si cette activité lui était habituelle et si elle s'était déroulée dans des circonstances extérieures normales, l'assurée a répondu par l'affirmative. Elle a cependant répondu « oui » à la question de savoir s'il s'était produit un événement particulier ; invitée à en donner une description exacte, elle a écrit : « le craquement du genou ». Ultérieurement, après que l'intimé lui a refusé les prestations d'assurance demandées par décision du 4 juin 2013, la recourante a produit, dans le

cadre de la procédure d'opposition, une lettre du Dr N.\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2013, dans laquelle il exposait que, lors de son cours de danse, l'assurée avait fait un mouvement de flexion extrême accompagné d'une rotation externe, en charge, au niveau du genou gauche. Elle a par la suite repris les termes utilisés par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son mémoire de recours du 12 décembre 2013.

A la lecture des déclarations successives de la recourante, il apparaît qu'elle n'a mentionné la rotation externe accompagnant la flexion qu'après avoir pris connaissance du refus de prester de l'intimé, le 4 juin 2013. Celui-ci motivait sa position par l'absence d'une cause extérieure extraordinaire. Il est vrai que les détails apportés sur le déroulement du mouvement ont varié au fil du temps. Ils ne constituent cependant pas à proprement parler des contradictions, mais une version plus précise de l'événement en cause. Il semble toutefois pour le moins curieux que la recourante n'ait pas jugé utile de faire une description détaillée de son mouvement de danse au moment de remplir le questionnaire envoyé par l'intimé, alors même qu'une telle description lui était demandée. Dès lors qu'elle était expressément invitée à déclarer s'il s'était produit un événement particulier, on doit partir de l'idée que la recourante aurait fait mention d'un déroulement inhabituel du mouvement si tel avait été le cas. Quoi qu'il en soit, ses explications relatives au manque de place figurant dans le questionnaire de l'intimé - elle n'aurait pas pu décrire les détails et l'enchaînement de la chorégraphie en question - n'y changent rien, puisqu'elle admet que cette activité s'est déroulée dans des circonstances extérieures normales, hormis le fait de s'accroupir en dansant, mouvement qui se différencierait, selon elle, d'un accroupissement dans la vie quotidienne. Cela étant, la recourante n'a relaté aucun phénomène extérieur reconnaissable (tels une chute, une glissade ou un mouvement non coordonné) qui serait venu interférer le déroulement de son exercice ou qui aurait pu entraîner une sollicitation de ses membres dépassant ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique. Par ailleurs, la recourante a fourni de façon volontaire un effort sur lequel elle avait une totale maîtrise. On ne saurait dès lors admettre l'existence d'un mouvement non programmé. Il s'ensuit que les circonstances qui ont

donné naissance à l'atteinte dommageable au genou gauche, puis conduit à l'interruption de toute activité lucrative et à une intervention chirurgicale, ne relèvent pas d'un accident au sens juridique du terme, en l'absence d'une cause extérieure extraordinaire. C'est donc à juste titre que l'intimé a nié l'existence d'un accident au sens des art. 4 LPGA et 6 LAA dans le cas particulier.

**3.** Il reste cependant à examiner si, comme le soutient la recourante, la blessure subie lors de l'événement du 12 mars 2013 peut être qualifiée de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) qui pourrait, le cas échéant, donner lieu à indemnisation de la part de l'intimé.

**a)** Selon 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. Faisant usage 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 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. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA – dont la liste est exhaustive (cf. ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44) – 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 139 V 327 consid. 3.1; 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b p. 44; 116 V 145 consid. 2c p. 147; 114 V 298 consid. 3c p. 301).

En l'espèce, il n'est guère contestable que la recourante a présenté une déchirure du ménisque interne. Certes, l'IRM du 18 mars 2013 fait état d'une lésion de grade I du ménisque interne sans déchirure. Il n'en demeure pas moins que cette lésion – ayant conduit à une arthroscopie pratiquée par le Dr N. \_\_\_\_\_ le 21 mars 2013 – a nécessité une suture méniscale. Si l'IRM du 4 juin 2013 ne conclut pas à une déchirure du ménisque, le Dr N. \_\_\_\_\_ explique dans son rapport du 19 septembre 2013 pour quelles raisons, selon lui, l'examen clinique prime l'appréciation radiologique. En outre, l'arthroscopie aurait confirmé le diagnostic clinique, soit une déchirure horizontale de la jonction du corps et de la corne postérieure du ménisque interne. Selon le médecin prénommé, il s'agissait d'une déchirure franche, fraîche. Il a donc procédé à une suture méniscale afin de préserver le capital méniscal du genou de l'assurée. Même si on peut regretter que le dossier constitué par l'intimé ne contient aucun avis médical corroborant le diagnostic – lequel n'est au demeurant pas sérieusement contesté par l'intimé – posé par le Dr N. \_\_\_\_\_, il y a lieu de conclure, au degré de la vraisemblance, à l'existence d'une lésion assimilée à un accident sous la forme d'une déchirure du ménisque, au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA.

**b)** Subsiste la question de savoir si cette lésion est due à un facteur extérieur.

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. et 4.3 ; TF 8C\_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4).

Il sied de confronter cette jurisprudence aux éléments factuels du cas d'espèce.

S'agissant de l'existence d'un facteur extérieur aléatoire, on relèvera que le fait d'effectuer une chorégraphie – fût-elle rapide – ne saurait constituer un événement externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et revêtant une certaine importance. On ne peut en revanche d'emblée exclure que les efforts physiques fournis par l'assurée à l'occasion de son cours de danse hip-hop aient pu être excessifs et ce, même pour une femme en bonne santé alors âgée de 33 ans comme la recourante. En effet, quand bien même cette dernière effectue régulièrement ce type de danse et qu'elle n'a pas prétendu que le mouvement effectué – qui a consisté à s'accroupir – était inhabituel, on constate qu'il s'inscrit dans le cadre d'un mouvement culturel et musical qui implique un enchaînement de mouvements violents effectués à une cadence soutenue. Dans cette mesure, on pourrait à la rigueur admettre l'existence d'un facteur extérieur. Encore convient-il de se demander si l'accroupissement en question était de nature à entraîner une lésion, respectivement une déchirure, du ménisque interne. Certes, si les Drs N.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ n'excluent pas formellement l'existence d'un accident, il ne leur incombe toutefois pas de qualifier comme tel l'événement du 12 mars 2013 (cf. TF 8C\_226/2010 du 9 novembre 2010 consid. 5), ce qu'ils ne font au demeurant pas. Cependant, leurs appréciations pourraient laisser entendre que le mouvement effectué par l'assurée pourrait, selon les constatations de la médecine des accidents, conduire à des blessures assimilées à un accident, ce d'autant plus que le Tribunal fédéral n'a pas exclu que le fait de se relever brusquement après s'être accroupi puisse entraîner des lésions assimilées à un accident. On ne saurait toutefois simplement se fonder sur le seul avis du Dr N.\_\_\_\_\_ pour trancher cette question. En effet, ses comptes rendus sont trop sommairement motivés pour qu'ils puissent apporter un éclairage décisif à cet égard. Par ailleurs, s'agissant d'une déchirure du ménisque, l'origine malade ou dégénérative de la lésion est soumise à des exigences de preuve plus élevées que celles de la règle de la vraisemblance (cf. art. 9 al. 2 let. c OLAA aux termes duquel une telle lésion est assimilée à un accident pour autant qu'elle n'est pas « manifestement » imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs). Il existe en définitive trop d'éléments incertains pour trancher le litige.

**c)** Il convient en conséquence de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède à un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise médicale orthopédique au sens de l'art. 44 LPGA. L'expert devra répondre à la question de savoir si le mouvement effectué par l'assurée (s'accroupir avant de se lever brusquement) est, selon les constatations de la médecine des accidents, de nature à entraîner une lésion au ménisque interne du type de celle constatée. On ajoutera que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1. et la référence).

**4. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'intimé le 13 novembre 2013, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** D'après la jurisprudence, si la partie qui obtient gain de cause n'est pas représentée en procédure par un avocat ou une autre personne qualifiée, elle n'a qu'exceptionnellement droit à des dépens. Il faut admettre l'existence d'une telle situation exceptionnelle lorsque les conditions suivantes sont remplies : affaire complexe portant sur un objet litigieux élevé et nécessitant beaucoup de temps, dans une mesure dépassant ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts; rapport proportionné entre le temps consacré et le résultat de la défense des intérêts en cause (ATF 110 V 134 consid. 7 p. 136; voir également ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446; 115 Ia 12 consid. 5 p. 21 ; TF 8C\_796/2007 du 22 octobre 2008 consid. 6.1). En l'occurrence, compte tenu de l'ampleur de la procédure et

de la complexité de la cause, il se justifie d'allouer exceptionnellement à la recourante une indemnité de dépens qu'il convient de fixer équitablement à 300 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA). Cette indemnité est mise à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 13 novembre 2013 par Groupe Mutuel Assurances GMA SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. Une indemnité de 300 fr. (trois cents francs) en faveur de la recourante V.\_\_\_\_\_ est mise à la charge de l'intimé Groupe Mutuel Assurances GMA SA, à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Mme V. \_\_\_\_\_,
- Groupe Mutuel Assurances GMA SA,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :