

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mai 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Röthenbacher, juge et Pétremand, juge suppléante
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante,

et

J. _____, à L [...], intimée,

ainsi que

[...], à [...], tiers intéressé

Art. 6 LAA ; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assurée), née le [...], a été engagée par la [...], avec effet au 1^{er} janvier 2013, en qualité de [...] à 40%. A ce titre, elle était assurée auprès de la J._____ (ci-après: la J._____ ou l'intimée) contre le risque d'accidents.

Dans une déclaration d'accident du 16 juin 2015 faite par courriel, l'employeur a rapporté les indications suivantes: « *En sortant d'une séance [...] (pour le [...]), j'ai couru pour attraper mon bus, mon genou gauche a craqué et lâché mais je ne suis pas tombée. Je suis rentrée à mon domicile. Le jeudi et le vendredi j'ai été travaillé toute la journée. Comme les douleurs persistaient j'ai appelé mon médecin qui n'a pu me prendre que le 15.06.15 à 10h20. Au vu de l'état de mon genou, mon médecin m'a mis en arrêt de travail immédiatement* ». L'employeur a mentionné comme lésion : « *Epanchement synovie, ligaments déchirés à contrôle* ». Selon ce document, l'incapacité de travail a débuté le 15 juin 2015 et sa durée prévisible a été estimée à moins d'un mois.

Dans sa demande d'examen du 15 juin 2015 pour une IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou gauche, la Dresse X._____, spécialiste en médecine interne, a décrit les éléments suivants : « *le 10.6 en courant torsion et craquement genou gauche avec lâchage. Depuis, tuméfaction et impotence fonctionnelle* ».

La recourante a subi une IRM le 22 juin 2015. Dans son rapport daté du même jour, le Dr Z._____, spécialiste en radiologie, a signalé les éléments suivants : « *entorse il y a une semaine avec sensation de craquements et lâchage. Tuméfaction et impotence fonctionnelle* ». Ce rapport a conclu à une « *Déchirure horizontale de la corne postérieure et du corps du ménisque externe. Discrète fissuration de la corne postérieure du ménisque interne, n'atteignant pas la surface du ménisque* ».

Le questionnaire de la J._____, signé le 22 juin 2015 par l'assurée, a été rempli comme suit :

« 1. Au cours de quelle activité et dans quelles circonstances avez-vous subi des lésions corporelles ? Craquement dans le genou en courant pour prendre le bus après une séance de travail.

[...].

3. Quand avez-vous ressenti pour la première fois des douleurs ? Immédiatement.

[...].

5. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? Oui.

S'est-elle déroulée dans des conditions normales ? Oui. [...]».

Il ressort du rapport du 8 juillet 2015 établi par le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie-orthopédique, les éléments suivants:

« Le 18 juin 2015 alors qu'elle essaie d'attraper le bus, la patiente glisse et se tord le genou gauche. Elle ressent des douleurs diffusent. Elle a de la peine à marcher. Finalement, on fait faire une IRM qui montre une déchirure du ménisque externe. La patiente marche avec des cannes et une attelle. Elle travaille comme bibliothécaire ». Ce spécialiste a alors posé comme diagnostic une « déchirure complexe ménisque externe genou gauche ». A la suite de son intervention de résection-égalisation du ménisque externe, il a apporté les précisions suivantes : « Déchirure complexe de toute la partie moyenne du ménisque externe. La déchirure est verticale et horizontale. Résection-égalisation du ménisque externe. A la fin de l'intervention, il persiste un jugulum ainsi qu'une partie de la déchirure horizontale qui est en zone rouge ».

Dans un rapport médical initial LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20] du 13 juillet 2015, la Dresse X. _____ a posé le diagnostic de "déchirure du ménisque ext. genou G et fissure ménisque inf." L'incapacité de travail était de 100% dès le 15 juin 2015. Elle s'est prolongée jusqu'au 9 août 2015, sur la base des certificats médicaux successivement établis.

Par décision du 27 juillet 2015, la J. _____ a signifié à l'assurée qu'elle ne la considérait pas victime d'un accident, faute d'une cause extérieure extraordinaire, et qu'il ne s'agissait pas non plus dans son cas d'une lésion assimilée à un accident, en l'absence d'un facteur extérieur déterminé, d'une importance significative. Sur cette base, l'intimée a donc décliné toute intervention et relevé que le cas de l'assurée relevait de l'assurance-maladie, en adressant copie de sa décision et de son dossier à la [...] (ci-après: [...]).

Par courrier du 24 août 2015, l'assurée a formé opposition contre la décision de la J._____. Dans ce cadre, elle a précisé comme suit les circonstances de l'événement : « (...), c'est en courant pour prendre le bus que mon genou gauche a subi une torsion et un lâchage qui se sont accompagnés d'un craquement très audible. Il se trouve qu'après une journée de travail, j'ai enchaîné avec une séance de comité professionnelle et qu'au vu de l'heure tardive, j'ai préféré prendre un train direct de [...] pour revenir sur [...] en bus (...). En constatant au sortir de la gare de [...], qu'un voyageur habitant [...] s'est mis à courir pour atteindre l'arrêt de bus, je me suis précipitée pour le suivre dans la course, afin de ne pas devoir attendre 30 min le prochain bus. Ce coup d'accélération brutal, tout en traversant la route avec un mouvement de torsion, est la cause du traumatisme décrit. (...) ». Elle a alors allégué qu'elle n'avait jamais eu auparavant de problèmes de santé. Sur cette base, elle considérait que l'incident dont elle avait été victime consistait en une atteinte dommageable soudaine et involontaire due à un brusque changement d'attitude et à une torsion de l'articulation.

[...] s'est également opposée, le 4 septembre 2015, à la décision de J._____ du 27 juillet 2015. La caisse maladie a fait valoir que le mouvement induit dans la situation décrite par l'assurée, où elle courait pour attraper son bus et avait alors ressenti un craquement au genou gauche et un lâchage, c'est-à-dire de passer de la station debout à la course, comportait certainement un risque de lésion accru permettant d'admettre l'existence d'un facteur extérieur. [...] relevait qu'il y avait lieu d'admettre un tel événement lorsqu'il était prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante qu'un fait immédiat et objectivement constatable, comme un mouvement manifeste du corps lors d'une accélération, avait déclenché les douleurs. Une lésion corporelle assimilée à un accident devait donc être admise lorsqu'un assuré ressentait de façon directe une douleur au cours d'une sollicitation physique et que l'affection selon la liste pouvait par conséquent être attribuée à un événement bien déterminé dépassant le cadre d'une activité de la vie courante. Se basant sur le diagnostic du Dr Z._____, [...] observait que la déchirure du ménisque correspondait à une lésion au sens de l'art. 9 al.

2 lit. c OLAA. Elle concluait donc à ce que la décision de la J._____ soit annulée et que des prestations de l'assurance-accidents soient octroyées à l'assurée.

Dans sa décision sur opposition du 15 septembre 2015, la J._____ a confirmé la décision querellée et rejeté les oppositions formées par l'assurée et [...]. Elle a fait valoir que la préférence devait, en présence de versions de faits différentes données successivement, être accordée à celles rapportées par la recourante les 16 et 22 juin 2015, lesquelles faisaient état d'une activité qui s'était déroulée dans des conditions normales. Il découlait des circonstances décrites par l'assurée de l'événement litigieux qu'elle n'avait pas été victime d'un accident, la cause extérieure extraordinaire faisant défaut. Sous l'angle de la lésion assimilée à un accident, l'intimée a contesté l'existence d'un facteur extérieur susceptible d'avoir déclenché la lésion présentée par la recourante.

B. Par acte du 15 octobre 2015, V._____ a recouru contre la décision sur opposition du 15 septembre 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement survenu le 10 juin 2015. A l'appui de son recours, elle a exposé que sa version des faits du 24 août 2015, où elle n'avait fait que répondre plus en détails aux questions posées, ne différait pas de ses versions antérieures et qu'il y avait bien eu une atteinte soudaine et brutale de la torsion réalisée au moment de se mettre à courir pour atteindre son bus.

Considérant que l'assurée n'apportait pas d'élément de fait objectivement nouveau, l'intimée a réitéré le 17 novembre 2015 ses conclusions tendant au rejet du recours.

Par lettre du 6 janvier 2016, la recourante a à nouveau demandé que l'intimée prenne en charge son cas, en mettant en exergue que les précisions qu'elle avait apportées le 24 août 2015 ne contredisaient en rien la version résumée. Selon elle, l'intimée avait décrit

le déroulement des faits sur la base des documents reçus et non pas de la date effective des actions. C'était bien en voulant prendre le bus qu'une combinaison malheureuse de différents mouvements avait entraîné un craquement dans son genou gauche : une accélération subite avec une torsion du corps pour vérifier le trafic et traverser la route hors des passages cloutés en descendant du trottoir. En reposant le pied au sol, elle avait senti le lâchage du genou ainsi que la douleur et elle avait réussi à prendre son bus en boitillant, sans qu'il y ait eu de chute. Par ailleurs, la recourante a expliqué que dans la mesure où elle prenait quotidiennement le bus, cela lui apparaissait comme une activité habituelle se déroulant dans des conditions normales. N'ayant eu aucun traumatisme ni douleur dans les genoux avant cet incident et repris son travail le 17 août 2015, elle contestait qu'il s'agisse d'une lésion dégénérative.

L'intimée a confirmé ses conclusions le 28 janvier 2016, en observant que le déroulement de l'événement du 10 juin 2015, tel que précisé à nouveau par la recourante dans sa réplique du 6 janvier 2016, montrait à son avis que le mouvement en cause s'était bien déroulé de façon contrôlée et qu'il n'y avait pas de facteur déclenchant significatif.

Le 11 mars 2016, [...] s'est déterminée en qualité de tiers intéressé à la procédure. Elle a conclu à ce que le recours de V._____ du 15 octobre 2015 soit admis et que l'intimée soit tenue de l'indemniser au titre de la LAA de l'intégralité du préjudice résultant de l'événement du 10 juin 2015. L'assureur-maladie a fait valoir qu'un rapport de causalité naturelle existait entre l'événement du 10 juin 2015 et le préjudice subi depuis par V._____ et que celui-ci ne résultait pas de causes étrangères à l'accident.

Par lettre du 2 mai 2016, la recourante s'est associée aux conclusions de [...].

Appelée à se déterminer, l'intimée a maintenu le 26 avril 2016 ses conclusions, en contestant que la question du rapport de causalité

entre les troubles affectant V. _____ et l'incident soit la problématique litigieuse.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]). Les décisions sur opposition 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, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme, est recevable.

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 (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le point de savoir si l'événement du 10 juin 2015 doit être qualifié d'accidentel ou si les lésions en question doivent être assimilées à un accident et, partant, si l'intimée est tenue d'allouer ses prestations au titre de l'assurance-accidents obligatoire.

3. a) Si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). 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 (art. 4 LPGGA).

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 et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées; TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 3).

Suivant la définition même de l'accident, 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1; TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR, 2^{ème} édition, 2007, p. 860, n. 71). 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 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1; 121 V 35 consid. 1a et les références citées).

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. 183 consid. 4.1 in fine; 1999 n° U 345 p. 420 consid. 2b). Tel est en outre le cas 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 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

b) En outre, l'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA (RO 2016 4375, FF 2008 4877). Le nouvel art. 6 al. 2 LAA a désormais la teneur suivante: " L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: 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

tympa". La nouvelle teneur de cette disposition ne trouve cependant pas à s'appliquer dans le cas d'espèce, l'événement du 16 juin 2015 étant antérieur à la modification de la LAA du 25 septembre 2015.

La jurisprudence 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 (ATF 129 V 466; TF 8C_937/2011 du 6 septembre 2012 consid. 4).

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 survienne (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1). 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_937/2011 du 6 septembre 2012 consid. 4).

En outre, il n'y a pas de facteur extérieur lorsqu'un assuré se tord le genou et subit une lésion méniscale en se levant de son lit (ATF 129 V 466 consid. 4), se bloque le genou en courant dans les escaliers (TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008) ou subit une lésion du ligament du genou lors d'un jogging à la descente (TF 8C_118/2008 du 23 octobre 2008).

4. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème éd., Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5 ; TFA U 142/04 du 23 septembre 2005 consid. 3.1). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire 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, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d ; Jean Maurice Frésard/Margrit Moser-Szeless,

l'assurance-accidents obligatoire, op. cit. ch. 195 ; voir également TF U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3 ; TFA U 142/04 du 23 septembre 2005 consid. 3.1).

5. a) En l'espèce, dans la déclaration d'accident du 16 juin 2015, l'employeur rapporte la description suivante de l'événement du 10 juin 2015 : *"j'ai couru pour attraper mon bus, mon genou gauche a craqué et lâché mais je ne suis pas tombée"*. Dans un questionnaire soumis par la J._____ à la recourante le 22 juin 2015, elle a décrit un "craquement dans le genou en courant pour prendre le bus après une séance de travail". La Dresse X._____, qui a examiné la recourante le 15 juin 2015, a décrit l'événement du 10 juin 2015 de la façon suivante: *"Le 10.6 en courant torsion et craquement genou gauche avec lâchage"*. Le DrW._____, qui a vu la recourante le 18 juin 2015, mentionne quant à lui, en reprenant les indications de sa patiente, que celle-ci a glissé et s'est tordu le genou gauche ". Enfin, le Dr Z._____, qui a pratiqué l'IRM le 22 juin 2015, a indiqué que la recourante avait subi une entorse il y a une semaine avec sensation de craquements et lâchage. Certes, la déclaration d'accident du 16 juin 2015 ainsi que le questionnaire subséquent complété par la recourante ne mentionnent pas la torsion du genou, mais uniquement un craquement à cet endroit. Ces déclarations sont faites de manière extrêmement succincte, notamment s'agissant du questionnaire envoyé à la recourante, sur un formulaire pré-imprimé, ne comportant que quelques lignes pour décrire l'événement. Les Drs X._____, W._____ et Z._____, qui rapportent les déclarations de leur patiente, font par contre état d'une torsion du genou ou d'une entorse. Leurs rapports médicaux sont antérieurs à la décision de la J._____ du 27 juillet 2015, de sorte que l'on ne peut reprocher à la recourante d'avoir modifié sa version des faits, une fois consciente des conséquences juridiques que ses premières déclarations pouvaient avoir (cf. consid. 4). La J._____ ne saurait se prévaloir des toutes premières déclarations trop succinctes de la recourante pour fonder sa décision, alors qu'elle avait toute latitude pour réclamer les précisions sur le déroulement de l'évènement que V._____ a finalement donné dans son opposition. Il y a dès lors lieu de retenir que

la recourante, en courant prendre son bus, s'est effectivement tordu le genou et a ressenti un craquement et une sensation de lâchage.

b) Au vu de ces faits, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire n'apparaît pas réalisée, de sorte qu'il ne s'agit pas d'un accident au sens de l'art. 6 LAA.

En revanche, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur est donnée. En effet, il faut considérer que le mouvement de torsion décrit par l'assurée et ses médecins constitue un élément sollicitant le ménisque de manière anormale. L'assurée a brusquement accéléré le pas de peur de manquer son bus en effectuant ce mouvement de torsion de son genou : son effort a dès lors sollicité son corps dans une mesure qui a excédé ce qui est habituel.

En conséquence, dans la mesure où la recourante a subi une déchirure du ménisque, ce qui n'est pas contesté par l'intimée, il y a lieu d'admettre une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA, ce qui implique que le cas doit être pris en charge par l'intimée.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement survenu le 10 juin 2015.

b) La procédure étant gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais de justice (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD). La recourante n'a pas droit à des dépens, dans la mesure où elle n'est pas assistée par un mandataire professionnel (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 15 septembre 2015 par J._____ SA, est réformée en ce sens qu'elle est tenue de prendre en charge les suites de l'événement survenu le 10 juin 2015.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, 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 :

- V._____,
- J._____,
- [...],
- 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).

La greffière :