

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 février 2019

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
MM. Gutmann et Perreten, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Loyco SA, à Carouge (GE),

et

**F.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 2 aLAA ; 9 al. 2 aOLAA**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant français, domicilié en France, travaille depuis le 4 novembre 2014 en qualité d'agent de sécurité, à raison de 38.1 heures par semaine (92%), auprès de la société X.\_\_\_\_\_ SA à [...]. A ce titre, il est assuré auprès de F.\_\_\_\_\_ (ci-après : F.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Par déclaration de sinistre LAA du 23 juillet 2015, l'employeur a annoncé à F.\_\_\_\_\_ que le 18 juillet 2015 à 15h.00, dans le Centre H.\_\_\_\_\_ à [...], en essayant de courir derrière un voleur, l'assuré avait senti un claquage dans le genou droit.

Par attestation du 20 juillet 2015, le Dr A.\_\_\_\_\_, généraliste au Centre médical C.\_\_\_\_\_ à [...], ayant prodigué les premiers soins, a certifié un arrêt de travail de l'assuré à 100% d'une durée de cinq jours du 20 au 24 juillet 2015.

Dans son rapport initial établi le 25 juillet 2015, le Dr A.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'« élongation tendineuse probable » en lien avec une douleur sur la face postérieure du genou, débordant légèrement sur le bord extérieur. A la rubrique « Constatations », il mentionnait un examen clinique dans la norme en indiquant également « Echo + IRM Normaux ». Le traitement prodigué était conservateur (prise d'antalgiques et suivi de physiothérapie). La situation devait être réévaluée le 1<sup>er</sup> août 2015. Étaient joints :

- un rapport du 20 juillet 2015 d'échographie du membre inférieur droit de l'assuré au terme duquel, le Dr M.\_\_\_\_\_, radiologue à l'institut de radiologie spécialisée de la clinique J.\_\_\_\_\_ à [...], a constaté ce qui suit :

“[...] Description

L'examen de la face postérieure de la cuisse, du genou et de la jambe ne montre pas de collection intra-musculaire ni de collection inter-aponévrotique le long du trajet douloureux de la face postérieure de la cuisse, du genou ou de la jambe. Pas de franche désorganisation des fibres musculaires par rapport au côté gauche. Présence d'un status variqueux assez marqué, les veines visualisées étant bien perméables.

Conclusion

Pas de déchirure musculaire décelable de la face postérieure de la cuisse ou de la jambe droite par échographie.  
Selon entente téléphonique, un bilan complémentaire par IRM est programmé le lendemain.” ;

- un rapport du 21 juillet 2015 d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du Dr M. \_\_\_\_\_ des cuisses et des jambes, dont il ressort ce qui suit :

“Indication

Douleurs postérieures du genou suite à un effort brutal de démarrage en courant. Complément à l'échographie de la veille.

Technique

Coupes axiales et coronales T1 et STIR, coupes sagittales STIR.

Description

Examen réalisé des deux côtés.

La musculature de l'ensemble de la cuisse et de la jambe droite est régulière, d'aspect symétrique au côté gauche, sans signe de déchirure ni de collection intra-musculaire ou inter-aponévrotique.

Status variqueux des deux côtés.

Tissu sous-cutané régulier des deux côtés.

Signal normal de la moelle osseuse.

Conclusion

Examen sans lésion décelable, en particulier sans signe de déchirure musculaire de la face postérieure de la cuisse et de la jambe.”

Par certificat du 25 juillet 2015, le Dr A. \_\_\_\_\_ a attesté un arrêt de travail de l'assuré à 100% jusqu'au 2 août 2015.

Le 31 juillet 2015, le Dr A. \_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail précité jusqu'au 9 août 2015.

Le même jour, l'assuré a répondu comme il suit au questionnaire reçu entre-temps de la part de F. \_\_\_\_\_ en vue de compléter l'annonce de sinistre du 23 juillet 2015 :

"[1. A quelles activités ou circonstances attribuez-vous les douleurs (lieu, date et description détaillée de l'événement) ?]

Lors de mon travail le 18 juillet à [...] H. \_\_\_\_\_ 15h., on m'appelle pour une interpellation, je suis légèrement déséquilibré et part d'un coup, c'est à ce moment que je ressens une forte douleur dans le mollet et la cuisse.

[2. Témoins (noms et adresses)]

----

[3. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? S'est-elle déroulée dans des conditions normales ?]

Ceci fait partie intégralement de mon travail. Il n'y a pas eu de condition anormale.

[4. S'est-il produit quelque chose de particulier (coup, chute, glissade, etc.) ?]

J'ai été légèrement déséquilibré et est parti d'un coup en courant pour une interpellation.

[5. Quand avez-vous ressenti pour la première fois les douleurs ?]

Juste après la course lors de l'interpellation en revenant sur mes pas en marchant avec beaucoup de mal.

[6. Etes-vous de nouveau capable de travailler ? A partir de quand et dans quelle mesure ? Le traitement est-il terminé ?]

J'ai un arrêt jusqu'au 9.8.15. Je pense qu'à partir du 10.8.15 je vais pouvoir recommencer mon travail. Le traitement n'est pas terminé.

[7. Nom de la Caisse-maladie et de l'assureur perte de gain ? Si possible, section et numéro d'affiliation ou No de police]

La caisse maladie est la [...], la complémentaire est [...]."

Dans un certificat du 10 août 2015, le Dr T. \_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant, a certifié une capacité de travail nulle de l'assuré du 10 au 16 août 2015, avec une reprise de travail à 100% prévue dès le lendemain. Ce praticien mentionnait « maladie » en tant que cause de l'incapacité de travail.

Le 10 septembre 2015, le Dr T. \_\_\_\_\_ a répondu à un rapport intermédiaire que lui avait entre-temps adressé F. \_\_\_\_\_. Il a posé le diagnostic de déchirure au niveau du creux poplité droit. L'évolution était qualifiée de bonne mais avec une douleur résiduelle locale occasionnelle au mollet et au talon droits. Le médecin traitant confirmait la fin du traitement conservateur prodigué avec une reprise du travail à 100% dès le 17 août 2015 et sans crainte d'un dommage permanent.

Par décision du 30 septembre 2015, F.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'elle considérait que celui-ci n'avait pas été victime d'un accident, au sens de l'art. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), et que les conditions de prise en charge du cas au titre de lésion corporelle assimilée à un accident (art. 9 al. 2 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]) n'étaient pas non plus remplies.

Agissant par l'intermédiaire de la société Loyco SA à Carouge (GE), l'assuré s'est opposé à la décision précitée par lettre du 15 octobre 2015, complétée le 21 décembre 2015. Il faisait valoir que les circonstances de l'événement survenu le 18 juillet 2015 durant son travail remplissaient en particulier la condition du facteur extérieur. Il se fondait sur ses réponses du 31 juillet 2015 au questionnaire de F.\_\_\_\_\_, d'avis que son cas constituerait « à n'en pas douter un mouvement non coordonné permettant de remplir l'exigence de la cause extérieure extraordinaire », les autres conditions étant également remplies. Il réservait en outre l'occurrence d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

Par décision sur opposition du 24 mars 2016, F.\_\_\_\_\_ a maintenu son refus de servir ses prestations selon décision du 30 septembre 2015. Elle a notamment considéré ce qui suit :

"[...]

2.4 Au vu des faits décrits dans la déclaration d'accident (ch. 1.2) et dans le questionnaire (ch. 1.3) on constate que l'événement décrit fait partie des aléas normaux de la vie professionnelle de l'assuré. La condition du facteur dommageable extérieur de caractère extraordinaire fait dans ces circonstances manifestement défaut, s'agissant d'une utilisation normale de l'organisme, sans « défaut de programmation » et non susceptible de générer un risque de lésion accru, le déséquilibre au démarrage évoqué par l'assuré ne jouant à l'évidence aucun rôle, puisque l'affection n'a pas été ressentie à ce moment, mais plus tard, « en courant ». Il s'ensuit que les circonstances qui ont donné naissance à l'atteinte dommageable ne relèvent pas d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

2.5 [...]

Dans le cas d'espèce, les examens échographique[s] et IRM des 20 et 21.07.15 permettent d'exclure qu'il se soit agi de déchirures de muscles ou même de simples elongations (art. 9.2, lettres d et e OLAA). Le diagnostic - apparemment - de déchirure musculaire évoqué par le Dr T.\_\_\_\_\_ n'est dans ces conditions pas à considérer comme établi, d'autant que ce médecin n'a été consulté par l'assuré que plus de 10 jours après l'événement. Enfin, s'il s'agissait, selon le Dr A.\_\_\_\_\_, d'une elongation tendineuse, celle-ci ne serait pas assimilable aux « *déchirures* » de tendons de l'art. 9.2 lettre f) OLAA, les elongations, étirements et autres lésions partielles de tendons n'étant pas à considérer comme des déchirures. Le cas ne relevait en conséquence pas non plus de la couverture de l'art. 9.2 OLAA."

**B.** Par recours de son conseil déposé le 2 mai 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, Z.\_\_\_\_\_ a conclu avec dépens à la réforme de la décision sur opposition précitée en ce sens que F.\_\_\_\_\_ est tenue de prendre en charge les suites de l'« accident » du 18 juillet 2015. Sur la base de ses déclarations du 31 juillet 2015, il allègue un départ brusque en déséquilibre afin de procéder à une interpellation constitutif selon lui, d'un mouvement non coordonné apte à remplir l'exigence de la cause extérieure extraordinaire d'un accident au sens légal. Il réfute le point de vue de l'intimée selon lequel ce déséquilibre au démarrage ne joue aucun rôle, motif pris que l'affection n'a pas été perçue à ce moment-là mais plus tard « en courant ». S'il admet que ses réponses du 31 juillet 2015 peuvent apparaître contradictoires, il conteste la mention de douleurs survenues durant la course liée à l'interpellation. A le suivre, sa réponse à la question n°1 précise que c'est bien lors du démarrage en déséquilibre qu'il a ressenti une douleur. Quant à sa réponse n°5 qui indique qu'il a ressenti pour la première fois les douleurs juste après la course lors de l'interpellation, le recourant aurait voulu exprimer le fait que c'est après la course qu'il a véritablement été gêné par l'« accident ». Il conclut que les conditions pour la reconnaissance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont réalisées. La question de savoir si l'atteinte à la santé est ou non constitutive d'une lésion corporelle assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA est de surcroît réservée ; l'absence d'une lésion franche mise en évidence à l'IRM du 21 juillet 2015 - effectuée au moyen d'un appareil peu puissant (1.5 Telsa) - ne permettant pas de conclure à l'absence de lésion

corporelle assimilée à un accident au sens de la loi, une instruction complémentaire s'avérerait nécessaire.

Dans sa réponse du 31 mai 2016, F.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. En lien avec l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, s'en référant notamment aux indications des pièces médicales au dossier, elle estime que même s'il y a eu un léger déséquilibre au départ, cela n'est pas constitutif pour autant d'un mouvement non coordonné - et par suite d'un accident -, un démarrage brusque impliquant par définition un certain déséquilibre. L'événement du 18 juillet 2015 ne constitue donc pas un accident au sens légal. L'intimée est également d'avis que l'atteinte à la santé n'est pas constitutive d'une lésion corporelle assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA et sans que des investigations complémentaires ne se justifient en sus du double examen échographique et de l'IRM au dossier.

Par réplique du 22 juin 2016, le recourant a maintenu l'intégralité des conclusions prises à l'appui de son écriture du 2 mai 2016. Il observe en premier lieu que ses déclarations sur les circonstances de l'accident doivent prévaloir sur celles de ses médecins, ces derniers s'accordant par ailleurs à admettre l'« accident » du 18 juillet 2015 en tant que cause des douleurs. Il conteste encore l'application à son cas d'exemples tirés de la jurisprudence cités par l'intimée dans sa réponse.

Au terme de sa duplique du 14 juillet 2016, l'intimée a conclu derechef au rejet du recours.

### **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, sous réserve de dérogations expresses (cf. 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 (cf. art. 56 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 (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; BLV 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recourant est domicilié en France ; son employeur à son siège à Lausanne. Le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales 2016 (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 2 LPGA) et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable.

**2.** La question litigieuse consiste à savoir si l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement survenu le 18 juillet 2015, étant précisé que le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse.

**3. a)** En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident se décompose

ainsi en cinq éléments 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, cas échéant, l'atteinte dommageable doive alors être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; cf. JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, *l'assurance-accidents obligatoire*, in : U. Meyer (édit.), *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR]*, 3e éd., Bâle 2016, n° 75, p. 919).

**b)** La notion d'accident suppose ainsi et notamment l'existence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire.

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).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné » ou « non programmé », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsqu'un assuré exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (TFA U 322/02 du 7 octobre 2003) ; le facteur extérieur, à savoir la modification entre le corps et l'environnement extérieur, constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C\_781/2007 du 20 mars 2008 consid. 2.2 ; voir également TFA U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3.3 ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, *l'assurance-accidents obligatoire*, *op. cit.*, n° 99, p. 925). Le mouvement ne doit pas faire partie des gestes de la vie courante,

correspondant à une utilisation normale de l'organisme, mais doit être de nature à générer un risque accru de lésion (TF 8C\_995/2010 du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2), comme lorsqu'un geste quotidien entraîne une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal et psychologiquement contrôlé. C'est le cas notamment lors de la survenance d'une circonstance qui rend incontrôlable un geste de la vie courante, comme un accès de colère au cours duquel une personne effectue un mouvement violent non maîtrisé (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; TF 8C\_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.1) ou 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\_949/2010 du 1<sup>er</sup> décembre 2011 consid. 4.3.2.1). Le mouvement non programmé et non maîtrisé doit de plus avoir présenté une certaine intensité (TF 8C\_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5).

**c)** Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA (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).

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 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 aOLAA 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 ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c et 139 V 237 consid. 3.1). 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. En particulier, à défaut de l'existence 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 aOLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 ; TF U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.1).

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 énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h aOLAA. 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.

**d)** 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 ; cf. 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).

**e)** 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 ; voir également TF U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3 ; TFA U 142/04 du 23 septembre 2005 consid. 3.1).

**4. a)** En l'espèce, en ce qui concerne le déroulement de l'événement annoncé par déclaration du 23 juillet 2015, l'employeur a indiqué à F. \_\_\_\_\_ que le 18 juillet 2015, en essayant de poursuivre un individu, l'assuré avait senti un claquage dans son genou droit. Le Dr A. \_\_\_\_\_, qui a examiné le recourant le surlendemain, mentionne dans son rapport du 25 juillet 2015, en reprenant les indications du patient « l'apparition d'une douleur face postérieure du genou lors d'un effort sur le lieu de travail ». Les rapports d'échographie et d'IRM des 20 et 21 juillet 2015 font quant à eux état de « douleurs postérieures du genou droit suite à un effort brutal de démarrage en courant ». Dans le questionnaire complété le 31 juillet 2015, le recourant a indiqué comme description

détaillée de l'événement : « lors de mon travail le 18 juillet à [...] H.\_\_\_\_\_, 15h00, on m'appelle pour une interpellation ; je suis légèrement déséquilibré et pars d'un coup ; c'est en courant que je ressens une forte douleur dans le mollet et la cuisse. ». Il précise à ce propos, deux réponses plus bas : « ceci fait intégralement partie de mon travail. Il n'y a pas eu de condition anormale ». A la question n°5 « quand avez-vous ressenti pour la première fois les douleurs ? », l'assuré a indiqué : « juste après la course, lors de l'interpellation, en revenant sur mes pas, en marchant avec beaucoup de mal ».

Comme l'observe l'intimée dans ses écritures, même s'il y a certes eu un « léger » déséquilibre au départ de sa course, le recourant indique lui-même dans ses réponses du 31 juillet 2015 que c'est en courant qu'il a ressenti une forte douleur au mollet et à la cuisse, précisément après la course lors de l'interpellation en revenant sur ses pas, marchant avec beaucoup de mal. Considérant que le 18 juillet 2015, cela faisait plus de huit mois qu'il occupait son emploi d'agent de sécurité et que ce type de courses-poursuites faisait partie de sa profession, l'assuré était coutumier de démarrages brusques impliquant nécessairement un certain déséquilibre. S'en référant aux pièces médicales, on constate en effet que cet élément perturbateur n'a pas été restitué par le recourant aux divers médecins consultés. Or, tel aurait dû être le cas si son déséquilibre au démarrage eût présenté une certaine intensité comme l'exige la jurisprudence (cf. consid. 3c *supra*). Le recourant n'a pas mentionné en outre une glissade ou une chute. Un léger déséquilibre en démarrage de son sprint est un mouvement connu et maîtrisé par le recourant dans l'exercice de sa profession. Il ne s'agit pas en l'occurrence d'un cas de « mouvement non coordonné » ou « non programmé » au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3b *supra*), le déroulement habituel et normal de la course entreprise n'ayant pas été interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore en exécutant ou tentant d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (TFA U 322/02 du 7 octobre 2003).

On ajoutera qu'à eux seuls les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent d'ailleurs pas une cause dommageable extérieure en tant que celle-ci présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, *op. cit.*, n° 145, p. 946). Rien n'indique au dossier que le mouvement accompli par le recourant au démarrage ait entraîné une sollicitation du corps, en particulier son membre inférieur droit, 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.

Enfin, dans son certificat du 10 août 2015, le médecin traitant du recourant, le Dr T.\_\_\_\_\_, mentionne « maladie » comme cause de l'incapacité de travail de son patient. Cette précision exclut par conséquent un caractère accidentel à l'événement subi le 18 juillet 2015 par l'assuré.

**b)** Les rapports d'échographie et d'IRM des 20 et 21 juillet 2015 ont conclu à l'absence de lésion décelable ou de signe de déchirure musculaire de la face postérieure de la cuisse et de la jambe de l'assuré, permettant d'exclure qu'il se soit agi en l'espèce de déchirures, voire de simples élongations, de muscles au sens de l'art. 9 al. 2 let. d et e aOLAA. Dans ces circonstances, le diagnostic de déchirure au niveau du creux poplité droit évoqué seulement le 10 septembre 2015 par le Dr T.\_\_\_\_\_ n'est pas documenté et ne peut donc pas être tenu pour établi. Pour terminer, le diagnostic du Dr A.\_\_\_\_\_ d'« élongation tendineuse probable » n'autorise pas non plus d'assimiler l'affection supposée du recourant au cas de déchirures de tendons prévu par l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA dès lors qu'une rupture partielle du tendon n'est pas avérée (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, *op. cit.*, n° 141, p. 945).

**c)** En définitive, on ne peut pas retenir, au degré de vraisemblance prépondérante requis, une sollicitation de l'organisme plus élevée que la normale, ce qui permet d'exclure l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire à l'origine des douleurs au membre inférieur droit annoncées par le recourant. En l'absence d'une cause extérieure ayant, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré, et partant d'un accident, aucune prestation fondée sur l'assurance-accidents n'est due, que l'on se place dans l'hypothèse ordinaire (art. 4 LPGA) ou dans celle de l'art. 9 al. 2 aOLAA. Les suites de l'événement survenu le 18 juillet 2015 sont dès lors à la charge de l'assureur-maladie du recourant.

**5.** Cela étant, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2, 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**6.** Au vu de ce qui précède, mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant ne saurait prétendre à l'indemnité de dépens qu'il sollicite, dès lors qu'il n'obtient finalement pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

**prononce :**

- I. Le recours déposé par Z.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 24 mars 2016 par F.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- Loyco SA (pour Z.\_\_\_\_\_),
- F.\_\_\_\_\_,
- 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 :