

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 juin 2022

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Berthoud, assesseur  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Michele Bettini, avocat à  
Lausanne,

et

**I.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

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

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est employée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 par la P.\_\_\_\_\_ en qualité de secrétaire, à temps partiel. Elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'I.\_\_\_\_\_ (ci-après : [...] l'intimée).

Dans la soirée du 8 septembre 2018, l'assurée a participé à un événement festif, au cours duquel elle a dansé. Vers 23 heures, alors qu'elle sautait au rythme de la musique, elle a ressenti un craquement au niveau de son genou droit.

Le 19 septembre 2018, l'employeur de l'assurée a adressé une déclaration d'accident-bagatelle LAA à I.\_\_\_\_\_.

A la demande d'I.\_\_\_\_\_, l'assurée a rempli un questionnaire intitulé « lésions corporelles » le 26 septembre 2018. Elle a décrit comme suit les événements à l'origine de sa blessure : « \*En dansant lors d'un anniversaire, j'ai senti mon genou droit craqué. (\* en sautant sur 1 musique) ». Puis, à la question « vous est-il arrivé quelque chose de particulier, d'imprévisible (choc, chute, etc.) ? », l'assurée a répondu « NON ».

Le 13 novembre 2018, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a rempli un questionnaire de l'assurance-accidents, dans lequel il a indiqué avoir prodigué les premiers soins à l'assurée le 19 septembre 2018 et posé le diagnostic de « suspicion contusion/ versus méniscopathie » du genou droit, atteinte pour laquelle il avait prescrit de la physiothérapie et une médication d'anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS). S'agissant des « indications du patient » sur le déroulement de l'accident, le médecin a noté « en dansant, faux mouvement avec craquement et douleur genou [droit] ».

Le 27 novembre 2018, I.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée du fait que, selon la description qu'elle avait faite de l'événement du 8 septembre 2018, il ne s'agissait pas d'un accident au sens de la loi. Le diagnostic médical posé sur sa lésion ne constituant pas non plus une lésion corporelle assimilée à un accident, le droit aux prestations devait être nié. Un délai était dès lors imparti à l'assurée pour prendre position.

Par sa mandataire, Me [...], l'assurée a écrit le 13 décembre 2018 que ses douleurs au genou étaient liées à un accident, dès lors que son genou avait fortement craqué lorsque son pied avait heuré le sol après avoir sauté à plusieurs reprises. Il s'agissait d'un élément extérieur. En outre, son médecin suspectait une méniscopathie. Elle a complété sa prise de position le 11 janvier 2019 après avoir obtenu une copie du dossier constitué par I.\_\_\_\_\_. Concluant à l'octroi des prestations, elle soutenait que l'événement du 8 septembre 2018 était un accident car il s'était produit à l'occasion d'un faux mouvement. Elle ajoutait qu'elle était alors en train de danser, activité comprenant des mouvements brusques et rapides impliquant des changements de position du corps comparable à l'exercice d'un sport. Enfin, la blessure occasionnée était une déchirure du ménisque du genou, ce qui était une lésion assimilable à un accident.

Dans un rapport intermédiaire du 21 février 2019, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente n'était pas revenue depuis la consultation du 19 septembre 2018, de sorte que l'évolution avait été « probablement spontanément favorable ».

Par décision du 21 mai 2019, reprenant la motivation développée dans son courrier du 27 novembre 2018 précité, I.\_\_\_\_\_ a nié son obligation de servir des prestations.

L'assurée, par sa mandataire, s'y est opposée le 21 juin 2019. Réitérant l'argumentation de sa prise de position, elle a encore exposé que la blessure était liée au fait qu'elle avait fait un faux mouvement en sautant et qu'elle avait dû alors fournir, de façon involontaire et improvisée, un effort sur lequel elle n'avait aucune maîtrise pour éviter de

chuter. Elle a en outre fait valoir que le Dr B.\_\_\_\_\_ suspectait fortement une méniscopathie externe, soit une déchirure méniscale, qui serait documentée par un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) à produire ultérieurement.

Selon le rapport d'IRM et de radiographies du 20 juin 2019 portant sur le genou droit de l'assurée, il n'y avait pas de lésion significative des ménisques ou des ligaments du genou. Il y avait en revanche une discrète tendinopathie proximale du tendon rotulien.

Invitée à se déterminer sur le rapport d'imagerie médicale, l'assurée a déclaré maintenir ses conclusions par courrier de sa mandataire du 16 juillet 2019.

Le 11 janvier 2021, désormais représentée par Me Michele Bettini, l'assurée a interpellé I.\_\_\_\_\_ afin qu'elle statue sur son opposition du 21 juin 2019 et rende une décision sur opposition, demande réitérée par courriels des 4 mars et 9 avril 2021. Elle a ensuite déposé un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en soulevant le grief de déni de justice le 4 juin 2019, cause rayée du rôle par arrêt du 13 octobre 2021 (AA 72/21 - 107/2021) compte tenu de la décision sur opposition rendue entretemps.

Par décision sur opposition du 13 août 2021, I.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé la décision litigieuse. Elle a relevé qu'il n'était fait état d'aucun faux mouvement dans la déclaration d'accident du 19 septembre 2018, dans le questionnaire rempli ensuite par l'assurée ou encore dans son écriture du 13 décembre 2018. I.\_\_\_\_\_ a ainsi retenu que le déroulement des événements n'excédait pas objectivement le cadre des événements quotidiens ou habituels. Par ailleurs, aucune lésion significative des ménisques n'avait été constatée.

**B.** Toujours représentée par Me Bettini, J.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 15 septembre 2021.

Elle a conclu principalement à la réforme de la décision contestée en ce sens que le caractère accidentel de l'événement du 8 septembre 2018 est reconnu, subsidiairement à l'annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur la base d'une expertise pluridisciplinaire portant sur l'état du genou.

Dans sa réponse du 25 novembre 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours en relevant notamment que les documents réunis au dossier ne permettaient pas de retenir le déroulement des faits tel que décrit par la recourante dans son opposition puis dans son recours, dès lors qu'elle n'avait pas fait mention de faux mouvements dans sa déclaration d'accident.

Par réplique du 18 janvier 2022, la recourante a relevé en particulier que l'intimée n'avait fondé ses décisions sur aucune expertise médicale et omettait le fait que le médecin traitant avait évoqué un faux mouvement dans son rapport du 13 novembre 2018. Une expertise médicale était par conséquent nécessaire pour évaluer l'état du genou et les causes du craquement.

Dupliquant le 3 février 2022, l'intimée a réfuté la nécessité de procéder à une expertise médicale et confirmé sa position.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents, plus particulièrement sur le point de savoir si elle a été victime d'un accident le 8 septembre 2018.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance 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 repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire (TF 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3).

**b)** Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs, 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 des conséquences graves ou inattendues. Il 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, autrement dit des

incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

Il en va ainsi notamment lors d'un « mouvement non coordonné », 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 trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C\_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2).

S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, le Tribunal fédéral a considéré à diverses reprises que l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, il a souvent nié le caractère extraordinaire de la cause externe lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier, la notion d'accident n'étant réalisée que si l'exercice sportif se déroule autrement que ce qui est prévu (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925 s. ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4). Un accident a été admis dans le cas d'un cavalier qui s'est blessé parce que son cheval est tombé tête la première (TFA U 296/05 du 14 février 2006 consid. 2.3) ou d'un joueur victime d'une charge contre la balustrade durant un match de hockey sur glace (ATF 130 V 117 consid.

3). Il a en revanche été nié pour un joueur professionnel de hockey sur glace qui s'est blessé à l'épaule lors d'un tir en frappant la glace avec sa crosse (TF 8C\_141/2009 du 2 juillet 2009 consid. 7.2), pour une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, lors d'une séance de « nordic walking » (TF 8C\_978/2010 du 3 mars 2011 consid. 4.2) ou encore pour une personne qui, à l'occasion d'un plongeon d'une hauteur de sept mètres à la piscine, a subi un choc en raison du mauvais positionnement de son corps lors de la pénétration dans l'eau (TFA U 17/02 du 10 décembre 2002 consid. 2 ; pour d'autres exemples : Frésard/Moser-Szeless, loc. cit. ; Perrenoud, loc. cit.).

**4.** En l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C\_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations notamment en cas de déchirure du ménisque, pour autant qu'elle ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPG, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

**5.** 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

Il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C\_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3). Quant à 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 explication, 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 (TF 8C\_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2, et les réf. citées).

**6. a)** La recourante soutient principalement que l'événement du 8 septembre 2018 constitue un accident au sens des art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA.

**b)** S'agissant des circonstances de la survenue de l'atteinte à son genou droit, les premières déclarations écrites de la recourante à l'assurance-accidents sont claires et ne font aucune mention d'un déséquilibre ou d'un faux mouvement qui aurait déclenché le craquement du genou. Au moment de remplir cette déclaration, l'intéressée avait conscience de l'importance d'une déclaration précise, comme en témoigne l'ajout d'une information au moyen d'un astérisque. Elle a seulement indiqué que le genou a craqué lorsqu'elle sautait sur une musique, puis a répondu par la négative à la question qui portait spécifiquement sur l'éventualité d'un événement imprévisible, tels une

chute ou un choc. De même, la description figurant dans sa lettre du 13 décembre 2018 n'évoque pas d'élément extraordinaire au moment où la recourante a ressenti le craquement dans son genou. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 13 novembre 2018 que l'assurée, par ses conseils, a axé sa description de l'événement du 8 septembre 2018 sur la survenue d'un faux-mouvement. Or, la mention faite par le médecin traitant constitue une description indirecte de l'événement, ce qui ne suffit pas pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion a été causée par un faux mouvement. Par ailleurs, au vu des déclarations initiales claires et sans ambiguïté de la recourante, l'audition de personnes présentes lors de la soirée du 8 septembre 2018, requise par la recourante afin de préciser le déroulement des faits, ne permettrait pas d'apporter des renseignements plus fiables sur un éventuel faux-mouvement effectué par la recourante. Quant à l'expertise médicale également sollicitée par la recourante, une telle mesure d'instruction ne paraît pas pertinente pour se prononcer sur la notion juridique d'événement accidentel, respectivement pour déterminer s'il y a eu un faux mouvement lorsque le genou a craqué le 8 septembre 2018.

Il y a lieu par conséquent de retenir, selon la première description qu'elle a donnée, que la recourante enchaînait des sauts sur le rythme d'une danse et que son genou a craqué au moment de la réception des pieds sur le sol. Le seul fait de danser en sautant au rythme de la musique n'est pas extraordinaire et ne permet pas de retenir un événement accidentel. L'examen de la description de l'événement sous l'angle de la pratique d'un sport, évoquée par la recourante dans son écriture du 11 janvier 2019, ne permet pas de conclure différemment. En d'autres termes, l'événement du 8 septembre 2019 n'est pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

**b)** La recourante a fait valoir, dans son opposition, que l'événement dommageable avait causé une lésion assimilable à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. En procédure de recours, elle a

requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, notamment afin de déterminer l'état de son genou.

A cet égard, il y a lieu de constater, avec l'intimée, que les éléments médicaux au dossier permettent d'écarter l'existence d'une telle lésion. En effet, si le médecin traitant a pu avoir un doute, lors de la première consultation de l'assurée, sur la présence d'une méniscopathie, il n'a cependant pas estimé nécessaire d'investiguer plus avant, la recourante n'ayant plus consulté pour ce motif dans les mois qui ont suivi. Il a certes adressé la recourante à un centre d'imagerie en juin 2019 pour obtenir des imageries médicales du genou concerné. Il n'a cependant pas établi de rapport médical explicitant les circonstances dans lesquelles il avait sollicité cet examen, à neuf mois de l'événement dommageable. Quoiqu'il en soit, selon le rapport d'imagerie du 20 juin 2019, le genou droit de la recourante ne présentait aucune déchirure ni lésion significative au niveau du ménisque ou des ligaments au moment de cet examen. Il n'existe ainsi aucun élément dans le sens d'une lésion corporelle assimilable à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

**c)** Il découle de ce qui précède que l'événement du 8 septembre 2019 n'est pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA, de sorte que l'art. 6 al. 1 LAA n'est pas applicable. L'atteinte subie par la recourante à cette occasion ne constituant pas non plus une lésion assimilable au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'intimée n'est pas tenue de servir ses prestations.

**7.** A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire ainsi que l'audition de témoins. Toutefois, comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à de telles mesures d'instruction complémentaires, dont certaines s'avèrent au demeurant inadéquates pour prouver les faits litigieux. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante.

**8. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 13 août 2021 par  
I. \_\_\_\_\_ est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Michele Bettini (pour J. \_\_\_\_\_),
- I. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :