

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 novembre 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Wiedler, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

Y. _____, à [...], recourant,

et

L. _____, SA à [...], intimée.

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

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille comme enseignant depuis le 1^{er} août 2011 pour le compte de [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de L. _____ SA (ci-après : L. _____ SA ou l'intimée).

Le 21 juin 2022, alors qu'il participait à un match de volley-ball enseignants/élèves, l'assuré a ressenti une forte douleur au genou droit au moment d'effectuer un saut vertical au filet pour bloquer un ballon.

Selon un rapport du 29 août 2022 du Dr K. _____, spécialiste en radiologie, l'IRM (image par résonance magnétique) du genou droit réalisée le même jour est « tout à fait compatible avec une déchirure méniscale interne de type anse de sceau, si ce ménisque n'a jamais été opéré (gros fragment méniscal hétérogène, dégénéré, situé dans l'échancrure intercondylienne) ». Tout en soulignant que l'assuré avait subi une plastie du ligament croisé antérieur (LCA) en 1995, il a constaté que cette dernière était très fine, particulièrement dans sa portion moyenne qui était à peine identifiable, associée à une composante de fibrose mais sans déchirure de cette plastie. L'IRM a également mis en évidence l'existence d'une chondropathie tibio-fémorale externe de grade 2 à 3.

Dans un questionnaire rempli par l'assuré le 30 septembre 2022, ce dernier a notamment expliqué à L. _____ SA que la pratique du volley-ball n'était pas une activité habituelle pour lui. Il n'a pas fait état d'un évènement particulier lors de l'incident. Il a précisé qu'il ne s'était pas trouvé en incapacité de travail et qu'il avait pu reprendre son activité dès le lendemain. Il a également confirmé avoir subi une opération du ligament en 1995.

Dans un rapport du 6 octobre 2022 établi à la demande de L. _____ SA, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une déchirure du ménisque interne en anse de seau et un status post plastie du ligament croisé antérieur avec dégénérescence du greffon.

Le 21 février 2023, en réponse à un questionnaire de L._____ SA, l'assuré a notamment indiqué que le traitement médical était terminé depuis le 29 août 2022 et qu'il n'avait bénéficié d'aucun traitement physiothérapeutique.

Selon le procès-verbal du 8 mars 2023 relatif à une séance médicale qui s'est déroulée en l'absence de l'assuré, le Dr P._____, médecin-conseil de L._____ SA, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de déchirure méniscale interne en anse de seau du genou droit, de méniscopathie externe de grade 2, de status après plastie LCA ainsi que de chondropathie fémoro-tibiale externe de grade 2-3. Admettant que la déchirure méniscale interne, à l'exclusion des autres diagnostics, était une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la législation sur l'assurance-accidents, il a toutefois estimé que cette lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Par décision du 16 mars 2023, L._____ SA a refusé de prendre en charge les suites de l'évènement du 21 juin 2022, au motif que ce dernier ne constituait pas un accident, vu l'absence de cause extérieure extraordinaire. Etant donné que les lésions présentées par l'assuré étaient dues de manière prépondérante à la maladie, elle n'avait pas à prendre en charge le cas.

Par pli du 3 avril 2023, l'assuré a fait opposition à l'encontre de la décision précitée, demandant à ce que L._____ SA prenne en charge les suites de sa déchirure du ménisque. Il a expliqué qu'il n'était pas professeur de sport et que l'activité de volley-ball n'était pas une activité habituelle pour lui, raison pour laquelle l'évènement du 21 juin 2022 devait être considéré comme extraordinaire. Il a également soutenu que

L._____ SA n'avait pas apporté la preuve que sa déchirure du ménisque était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Par décision sur opposition du 22 mai 2023, L._____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré. En substance, elle a considéré qu'aucun évènement particulier n'est survenu au moment de l'évènement du 21 juin 2022 ; les mouvements tels que les sauts étaient courants dans la pratique du volley-ball et faisaient partie de ce sport. Le simple fait que l'assuré n'y jouait pas régulièrement ne constituait pas un facteur extraordinaire. S'agissant de la lésion du ménisque, elle a maintenu que les pièces médicales au dossier indiquaient que cette lésion revêtait un caractère maladif ou dégénératif prépondérant.

B. Par acte du 20 juin 2023, Y._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant à ce que L._____ SA soit condamnée à prendre en charge les frais médicaux liés à l'évènement du 21 juin 2022 ainsi que les frais judiciaires afférents à son recours. En substance, il expose que cet évènement est exceptionnel dans la mesure où le volley-ball ne fait pas partie de son quotidien, ni d'un point de vue professionnel, ni d'un point de vue personnel. Il relève que le Dr S._____ n'a pas conclu que la lésion du ménisque était due de manière prépondérante à l'usure ou à un état préexistant. Il estime que l'intimée ne peut pas se contenter de l'appréciation de son médecin-conseil pour en déduire que la lésion méniscale est essentiellement due à l'usure ou à la maladie, ce médecin ne l'ayant jamais examiné personnellement et dite appréciation n'étant aucunement étayée sur le plan médical.

Par réponse du 13 juillet 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle soutient que le rapport de son médecin-conseil remplit les exigences jurisprudentielles applicables en matière de valeur probante des rapports médicaux.

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 refus de la prise en charge des suites de l'évènement du 21 juin 2022 par l'assureur-accidents.

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.

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). Par ailleurs, 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, 3e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

c) Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise en cas de « 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 – 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_791/2018 du 19 août 2019 consid. 5.2 et les références citées).

d) S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, un événement accidentel doit être nié lorsque et dans la

mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être réfuté si l'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 (TF 8C_719/2019 du 5 novembre 2020 consid. 3.2 et la référence ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925 s. ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4).

e) Aux termes de l'art. 6 al. 2, let. c LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures du ménisque, pour autant qu'elles ne soient pas dues 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 LPGA, 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 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

4. a) 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).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation

complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, l'intimée considère que l'événement du 21 juin 2022 ne peut être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, faute d'élément extérieur extraordinaire.

Ce point de vue n'est pas critiquable. En effet, contrairement à ce que semble croire le recourant, le fait qu'il ne soit pas professeur de sport et qu'il ne pratique le volley-ball que de manière exceptionnelle n'est pas relevant. Dans le contexte d'une blessure survenue lors d'une activité sportive, le caractère extraordinaire doit être nié lorsque le risque inhérent à l'activité en cause se réalise. Or, s'agissant de l'évènement du 21 juin 2022, il ressort tant de la déclaration d'accident que des réponses du recourant au questionnaire médical de l'intimée que celui-ci a ressenti une douleur au moment où il a effectué un bloc, soit un mouvement défensif usuel et répandu dans la pratique du volley-ball. De surcroît, aucun élément au dossier ne permet de penser qu'un évènement extérieur particulier ait entravé ou influencé le déroulement normal et habituel de ce saut/bloc, ce qui est d'ailleurs confirmé par le recourant lui-même, puisque dans ses réponses au questionnaire médical de l'intimée, il a déclaré que l'évènement s'était produit sans circonstance singulière.

b) En l'absence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, il reste à examiner si l'intimée doit prendre en charge l'évènement litigieux en vertu de l'art. 6 al. 2 LAA. A cet égard, si l'intimée admet que la lésion du ménisque présentée par le recourant figure dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, elle considère toutefois, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, qu'elle n'est pas tenue de prêter dans la mesure où cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. De son côté, le recourant remet en cause la valeur probante de l'appréciation du médecin-conseil, faisant valoir qu'il n'a pas été examiné personnellement par ce médecin et que son appréciation n'est pas étayée sur le plan médical.

Tout d'abord, c'est le lieu de rappeler que, contrairement à ce que soutient le recourant, la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré, en l'occurrence par le médecin-conseil de l'intimée, pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et

les références citées). En l'occurrence, le fait que le médecin-conseil se soit prononcé sur dossier ne suffit pas à mettre en doute la force probante de son appréciation dans la mesure où ce praticien a examiné l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, qui elles se fondaient sur un examen personnel du recourant (TF 8C_712/2021 du 10 août 2022 consid. 3.3.2).

Du reste, l'appréciation du 8 mars 2023 du Dr P._____ est convaincante et échappe à toute critique. En effet, celui-ci a relevé que la déchirure méniscale interne présentée par le recourant s'inscrivait dans le cadre d'une arthropathie dégénérative incluant une méniscopathie, mentionnant par ailleurs l'existence d'une chondropathie fémoro-patellaire-tibiale externe de grade 2-3. Enfin, il a remarqué que la plastie du ligament croisé antérieur effectuée en 1995 était usée ou détendue, ce qui, selon lui, était potentiellement la cause de l'arthropathie. Au vu de ces divers éléments, le Dr P._____ a estimé que la déchirure du ménisque interne survenue le 21 juin 2022 était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Cette appréciation est motivée de manière circonstanciée après un examen détaillé des pièces médicales au dossier, en particulier les documents d'imagerie à sa disposition et en tenant compte des antécédents médicaux du recourant. Elle est par ailleurs corroborée par les autres pièces au dossier, singulièrement le rapport du 29 août 2022 du Dr K._____ et celui du 6 octobre 2022 du Dr S._____. En effet, le Dr K._____ a également relevé l'existence d'une chondropathie tibio-fémorale externe de grade 2-3 et remarqué que la plastie du ligament croisé antérieur était très fine. Le Dr S._____ a quant à lui constaté la dégénérescence du greffon. Détaillant les plaintes du recourant à la suite de l'évènement litigieux, le Dr S._____ a en outre expliqué que le recourant avait, après un saut, ressenti une douleur au niveau de son genou droit, qui avait légèrement gonflé et qu'il n'arrivait plus à tendre complètement ; le recourant avait senti une gêne continue à chaque pas au niveau de ce genou ; il avait ensuite ressenti quelque chose qui se remettait en place et les douleurs avaient depuis lors disparues. Le Dr S._____ a relaté que le recourant avait déjà eu, à plusieurs reprises, ce type de sensation, mais que le genou se remettait généralement

beaucoup plus rapidement en place qu'à la suite de l'évènement litigieux. Ces éléments tendent à confirmer que la lésion du ménisque était vraisemblablement préexistante à l'évènement du 21 juin 2022 et qu'elle est donc de nature dégénérative.

Pour le surplus, il y a lieu de constater que ni le Dr K. _____ ni le Dr S. _____ ne se prononcent sur l'origine accidentelle ou malade de la déchirure du ménisque. Au demeurant, le fait que le Dr K. _____, dans son rapport du 29 août 2022, ne mentionne pas expressément que la déchirure du ménisque est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie ne signifie pas encore, contrairement à ce que soutient le recourant, qu'il faille qualifier cette lésion comme consécutive à un accident.

Compte tenu de ce qui précède, et vu l'absence d'éléments objectifs permettant de douter de l'appréciation du Dr P. _____, l'intimée a établi à satisfaction de droit que la déchirure du ménisque subie par le recourant le 21 juin 2022 est, de manière prépondérante, d'origine dégénérative.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision querellée 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 ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 22 mai 2023 par L._____ SA 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 :

- Y._____, à [...],
- L._____ SA, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :