

## **VD\_GERICHTE ZA15.043643 vom 8. Mai 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA15.043643](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.043643)

FR: VD\_GERICHTE ZA15.043643 du 8 mai 2017

IT: VD\_GERICHTE ZA15.043643 del 8 maggio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 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

- 7 - 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).

- 8 - 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 LPGA). Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq

éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident 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, 2ème 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).

- 9 - 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 1er 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

- 10 - tympan". 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).

- 11 - 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,

- 12 - 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 Dr W. \_\_\_\_\_, 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

- 13 - 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).

- 14 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.