

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juin 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Renato Cajas, avocat à Genève,

et

GRUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, à Martigny, intimé.

Art. 4 LPGGA ; art. 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le 6 mars 2013 en qualité d'inspecteur de police auprès de l'Etat de [...]. A ce titre, il est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : le Groupe Mutuel ou l'intimé).

Dans le cadre d'une déclaration d'accident bagatelle du 25 janvier 2024, l'employeur de l'assuré a informé le Groupe Mutuel que son collaborateur avait été victime d'un accident non professionnel le 9 janvier 2024. Le déroulement de l'accident a été décrit en ces termes (sic) :

« Lors d'un entraînement de course à pied, l'assuré a fait un faux pas lors d'une réception. Sa jambe droite s'est tendue et son genou et parti vers l'arrière. Il a ressenti une douleur derrière le genou mais a pu poursuivre sa course ».

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit, réalisée le 19 janvier 2024, a mis en évidence la présence d'une chondropathie du condyle fémoral interne, de la rotule et de la trochlée de grade II, ainsi qu'un kyste de Baker bilobé, rupture caudale (cf. rapport du 19 janvier 2024 du Dr B. _____, spécialiste en radiologie).

Selon un rapport médical initial du 27 février 2024, la Dre J. _____, médecin-traitante de l'assuré, a posé le diagnostic de contusion du genou droit avec rupture d'un kyste poplité au décours (épanchement articulaire).

Dans un questionnaire du Groupe Mutuel, complété par l'assuré et réceptionné le 26 juin 2024, ce dernier a indiqué, quant au déroulement de l'accident, que lors d'un entraînement de course à pied, il a effectué « un faux pas à la réception et [il a] senti [s]a jambe se tendre très fort ». Il a précisé que l'accident était survenu alors que les températures étaient froides et qu'il ne s'était pas produit d'événement particulier.

Dans un avis médical du 15 juillet 2024, le Dr V._____, médecin-conseil du Groupe Mutuel, reprenant les diagnostics mentionnés dans le rapport du 19 janvier 2024 du Dr B._____, a précisé que de telles atteintes ne sauraient être considérées comme des lésions corporelles assimilées à un accident.

Par décision du 24 juillet 2024, le Groupe Mutuel a nié le droit de l'assuré aux prestations au titre de l'assurance-accidents au motif que l'évènement du 9 janvier 2024 n'était pas constitutif d'un accident, faute de cause extérieure extraordinaire, et n'avait pas causé de lésion corporelle assimilée à un accident.

Le 9 août 2024, l'assuré a fait opposition à l'encontre de cette décision. En substance, il a fait valoir que l'évènement du 9 janvier 2024 devait être considéré comme un accident. Il estimait que la décision du Groupe Mutuel était vraisemblablement due à la description lacunaire qu'il avait faite de l'accident. Son accident n'était pas seulement consécutif à un « faux pas » ou à une « simple foulée standard » ; il ne s'était pas rendu compte qu'en raison de la faible pluie, combinée aux basses températures de l'hiver, le sol pouvait être glissant, voire verglacé. Il a détaillé le déroulement de l'accident, expliquant qu'il avait « glissé en posant [s]a jambe gauche au sol. En raison du déséquilibre qui s'en est suivi, [s]a jambe droite s'est réceptionnée alors qu'elle était encore tendue et [s]on genou est parti vers l'arrière ».

Par décision sur opposition du 11 septembre 2024, le Groupe Mutuel a rejeté l'opposition de l'assuré. Il a exposé que la jurisprudence l'autorisait, en présence de déclarations contradictoires, à tenir compte uniquement des premières déclarations de l'assuré et à ignorer les déclarations ultérieures de celui-ci, selon lesquelles il avait perdu l'équilibre sur un sol glissant. Quoi qu'il en soit, le fait que le sol soit glissant en raison de la pluie et des températures n'excédait pas le cadre des évènements que l'on pouvait objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels en hiver. Enfin, les diagnostics de chondropathie du condyle

fémoral interne, de la rotule et de la trochlée de grade II, et de kyste de Baker bilobé, rupture caudale, ne constituaient pas des lésions corporelles assimilées à un accident.

B. Par acte du 11 octobre 2024, Q. _____, désormais représenté par Me Renato Cajas, a déféré la décision sur opposition du 11 septembre 2024 du Groupe Mutuel auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'allocation des prestations d'assurance, soit la prise en charge des frais médicaux dus à l'accident du 9 janvier 2024, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause au Groupe Mutuel pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. En substance, il a contesté avoir adopté des déclarations contradictoires ; il avait uniquement précisé ses premières déclarations lorsqu'il s'était aperçu que sa description sommaire lui portait préjudice. Il avait mentionné d'emblée que la lésion était due à un « faux pas », notion qui à elle seule démontrait que l'accident ne s'était pas déroulé lors d'une simple foulée. Le fait de tenter de se rattraper en effectuant un mouvement non naturel - en l'occurrence une réception de tout le poids du corps sur une jambe tendue - à la suite d'une perte d'équilibre sur un sol glissant était constitutif d'un accident.

Dans sa réponse du 15 novembre 2024, le Groupe Mutuel a conclu au rejet du recours. Il a exposé que ce n'était que dans le cadre de son opposition que l'assuré avait indiqué avoir glissé. En tant que cette version des faits différait sensiblement de ses premières déclarations, où il expliquait que son genou était parti vers l'arrière, elle ne saurait être retenue. L'assuré exerçant régulièrement de la course à pied dans le cadre de son activité, cet entraînement faisait partie de sa vie quotidienne et n'excédait pas le cadre des incidents et péripéties de la vie courante.

Par réplique du 25 novembre 2024, l'assuré a fait valoir que ses déclarations, qui mentionnaient un « faux pas », devaient être analysées à la lumière d'une personne qui n'était pas rompue au monde

des assurances et à l'exercice d'une annonce de sinistre. La description des circonstances de l'accident visait uniquement à préciser le déroulement mécanique de l'accident, décrit de manière sommaire dans la déclaration d'accident.

Par duplique du 7 janvier 2025, le Groupe Mutuel a derechef conclu au rejet du recours. Il a indiqué qu'il ne ressortait ni de la déclaration d'accident ou des réponses apportées par l'assuré à son questionnaire ni du rapport de la Dre J. _____ que le « faux pas » avait été causé par une glissade ou par tout autre élément extérieur. L'assuré était en mesure d'apporter des précisions lors de la rédaction de ses réponses au questionnaire.

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 9 janvier 2024 par le Groupe Mutuel, plus particulièrement

sur le point de savoir si ledit évènement constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGa.

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, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

c) En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié 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 lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 3.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97 p. 923 s.).

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 citée ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925 s. ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4).

A titre d'exemples, le critère du facteur extérieur extraordinaire a été admis dans le cas d'une charge contre la balustrade subie par un hockeyeur (ATF 130 V 117 consid. 3), d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe » (TFA U 43/92 du 14 septembre 1992 consid. 3b, in RAMA 1992 n° U 156 p. 258), ou encore dans le cas d'un skieur dans un champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol (TFA U 114/97

du 18 mars 1999, in RAMA 1999 n° U 345 p. 420). En revanche, il a été nié dans le cas d'une assurée qui, selon ses premières déclarations, a exécuté une culbute en arrière sans incidents particuliers et s'est alors blessée au niveau de la nuque et de l'épaule (TFA U 322/02 du 7 octobre 2003). Il en est allé de même dans le cas d'une personne qui a exécuté une culbute « ratée » en arrière lors d'un entraînement de jiu-jitsu, le fait qu'elle a roulé non pas par-dessus son épaule, mais par-dessus sa nuque ne constituant pas un mouvement sortant de l'éventail ordinaire des mouvements exécutés dans la pratique de ce sport (TF 8C_189/2010 du 9 juillet 2010). Le Tribunal fédéral a également conclu à l'absence de facteur extraordinaire dans les cas suivants : une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, pendant une séance de nordic walking en extérieur (TF 8C_978/2010 du 3 mars 2011 consid. 4.2) ; une assurée qui s'est blessée à la nuque en effectuant une roulade en avant durant une leçon de gymnastique (TFA U 98/01 du 28 juin 2002) ou en exécutant de manière légèrement imparfaite une figure de gymnastique ou un autre mouvement dans l'exercice d'un sport (TFA U 134/00 du 21 septembre 2001 ; cf. pour un aperçu de la casuistique : Martin Kaiser/Javier Ferreiro, Sozialversicherungsrechtliche Aspekte des Unfallbegriffs und des Wagnisses im Sport, in : RSAS 2013 p. 570 ss et 2014 p. 22 ss ; cf. également Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925 s. et Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4).

Dans un arrêt du 20 mai 2014 (cause AA 83/13 - 51/2014), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rappelé, s'agissant d'un assuré qui avait été blessé à la nuque lors d'un entraînement de jiu-jitsu, qu'un placage au sol, même violent, entre dans l'activité habituelle d'un tel sport, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de considérer qu'une cause extérieure extraordinaire était à l'origine de la lésion subie par le recourant (consid. 2). Par arrêt du 19 octobre 2012 (cause AA 90/11 - 98/2012), la Cour des assurances sociales a également nié l'existence d'un accident au sens des art. 6 LAA et 4 LPGa dans le cas d'un assuré ayant ressenti des douleurs au niveau du genou lors d'un entraînement de self-défense, à l'occasion duquel, selon ses premières déclarations, l'intéressé n'avait rien ressenti ou remarqué de particulier. A cette occasion, la Cour de céans a

rappelé qu'il ne s'agissait pas de nier l'existence de toutes lésions en relation avec le cours de self-défense auquel l'assuré avait participé, mais plutôt de considérer que celles-ci n'étaient pas constitutives d'un événement unique isolé dans le temps mais résultaient de microtraumatismes répétés de la vie courante, dont la pratique de sport pour un sportif du niveau du recourant faisait partie, et qui menaient, probablement en lien avec les lésions du ménisque constatées déjà dix ans auparavant, peu à peu à une usure.

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) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'une personne assurée sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption d'exactitude. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, 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 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'intimé considère que l'évènement du 9 janvier 2024 n'est pas constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA, faute de cause extérieure extraordinaire selon les premières déclarations du recourant. De son côté, l'intéressé estime que cette condition est remplie dans la mesure où – comme exposé dans son recours – ses blessures résultent d'une perte d'équilibre en raison d'un sol glissant avec une tentative de se rattraper en effectuant un mouvement non naturel (réception de tout le poids du corps sur une jambe tendue).

b) Cela étant, il est nécessaire, dans un premier temps, de déterminer le déroulement exact de l'évènement du 9 janvier 2024. En effet, les déclarations du recourant ont varié. La déclaration d'accident du 25 janvier 2024, remplie par son employeur, fait état d'un faux pas lors d'une réception durant un entraînement de course à pied. Par la suite, dans ses réponses au questionnaire de l'intimé, le recourant a confirmé avoir effectué « un faux pas à la réception » durant un entraînement de course à pied. Dans le même document, il a répondu par la négative à la question de savoir si un évènement particulier s'était produit. Ce n'est qu'une fois qu'il a eu connaissance de la décision du 24 juillet 2024, respectivement des motifs ayant conduit l'intimé à refuser de prester, que le recourant a complété ses déclarations en alléguant, dans le cadre de son opposition, qu'il avait perdu l'équilibre après avoir glissé sur la chaussée verglacée au moment de poser le pied gauche. Aussi, on ne perçoit pas ce qui aurait empêché le recourant d'indiquer d'emblée qu'il avait perdu l'équilibre sur un sol glissant, plutôt que de parler de « faux pas », ce d'autant plus qu'il avait spontanément précisé, dans le questionnaire précité, qu'il faisait froid (« températures froides ») le jour de l'accident. Le fait qu'il ne soit pas juriste ou qu'il ne soit pas rompu à l'exercice d'annonce de sinistre n'est à cet égard pas pertinent. De plus, lors de sa consultation du 18 janvier 2024 auprès de la Dre J._____, il n'a pas confié à cette dernière avoir perdu l'équilibre à la suite d'une glissade mais uniquement avoir subi un « mouvement brusque d'hyper-extension » du membre inférieur droit lors d'une séance de course à pied (cf. rapport médical du 27 février 2024 de la Dre J._____). Qui plus est, le questionnaire complémentaire de l'intimé posait expressément la question

des circonstances et de la survenance d'un évènement particulier, ce à quoi il a répondu par la négative. En pareils cas, ce sont les premières déclarations qui doivent prévaloir, lesquelles ont au demeurant pu être complétées le 26 juin 2024 à la demande de l'intimé, étant précisé que le recourant n'est revenu sur sa première version du déroulement des évènements qu'après s'être rendu compte des conséquences de l'absence d'acte ou de mouvement particulier (fait soudain et involontaire dû à une cause extérieure). Il peut ainsi être donné pleine valeur au récit complémentaire du 26 juin 2024, à savoir qu'il a fait un « faux pas » sans qu'un évènement extraordinaire ne soit survenu. Certes, les pièces produites par le recourant dans le cadre de son recours démontrent qu'il faisait froid le 9 janvier 2024, ce qui était susceptible, combiné avec la pluie, de rendre le sol glissant par endroits. Il n'en demeure pas moins que le recourant, comme on l'a vu, n'a dans un premier temps fait aucun lien entre les basses températures, respectivement la présence de glace au sol, et l'évènement litigieux. Par conséquent, on ne saurait considérer que le déroulement de l'évènement litigieux, tel que décrit par le recourant dans le cadre de son opposition et de son recours, constitue de simples précisions de ses déclarations précédentes.

c) En définitive, il convient de se fonder sur les premières déclarations du recourant et de retenir que ce dernier, alors qu'il pratiquait de la course à pied, a fait un faux pas au moment de la réception de son pied gauche, entraînant une forte tension de sa jambe droite. Dans ce contexte, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a été confronté à des circonstances extraordinaires particulières - lors d'un entraînement de course à pied, avec des mouvements inhérents à la pratique d'un tel sport - qui seraient venues s'ajouter aux conditions habituelles d'un tel entraînement. Le caractère extraordinaire du facteur extérieur doit dès lors être nié, une telle circonstance étant habituelle pour quelqu'un qui s'adonne régulièrement à la course à pied.

d) Pour le reste, c'est à juste titre que l'intimé, suivant l'avis de son médecin-conseil (cf. rapport du 15 juillet 2024) a considéré que les

atteintes présentées par le recourant (chondropathie du condyle fémoral interne de la rotule et de la trochlée de grade II, et un kyste de Baker bilobé, rupture caudale [cf. rapport du 19 janvier 2024 du Dr B. _____ relatif à une IRM du genou droit effectuée le même jour]) ne constituaient pas une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, ce dont le recourant ne disconvient au demeurant pas.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, 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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 septembre 2024 par Groupe Mutuel Assurances GMA 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 :

- Me Renato Cajas (pour Q. _____), à Genève,
- Groupe Mutuel Assurances GMA SA, à Martigny,
- 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 :