

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), cuisinière de profession, est affiliée à AXA ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur-accidents), par le biais de l'établissement médico-social (EMS) pour lequel elle travaille, contre le risque d'accidents, professionnels ou non.
2. Le 27 décembre 2016, l'assurée s'est rendue à la Permanence d'Onex, où elle a été examinée par la doctoresse B_____. Dans son rapport du même jour, ce médecin a relaté que la patiente se plaignait de douleurs à la cuisse droite depuis neuf jours, qu'elle rencontrait des difficultés pour lever la cuisse et qu'elle prenait des antidouleurs depuis neuf jours sans succès. Le médecin a noté qu'il n'y avait pas de notion de trauma, pas de lésion cutanée mais que le muscle était un peu enflé. Le diagnostic retenu a été celui d'inflammation du muscle fémoral droit d'origine indéterminée.

Des radiographies du fémur droit faites le même jour ont montré de minimes calcifications des branches ischio-pubiennes à prédominance droite, peu suspectes.
3. Le 29 décembre 2016, l'assurée a consulté la doctoresse C_____ qui l'a mise en arrêt de travail.
4. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la hanche et de la cuisse droites pratiquée le 30 décembre 2016 a conclu à :
 - une déchirure musculaire partielle de la partie proximale du vaste latéral du quadriceps de grade II, sans atteinte du squelette conjonctif et sans signe de collection liquidienne ou de rétraction des fibres myotendineuses ;
 - une fissuration du labrum dans sa partie supéro-latérale sans signe de désinsertion, associée à une chondropathie focale de grade II.
5. Le 5 janvier 2017, l'assurée a consulté son médecin-traitant, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne.
6. Le 16 janvier 2017, une déclaration de sinistre a été établie, annonçant un sinistre survenu le 28 novembre 2016 et décrit de la manière suivante : « a reçu une charge de 80 kg environ contre sa cuisse droite ».
7. Interrogée par l'assureur, l'assurée a expliqué qu'elle avait cherché à déplacer un robot de cuisine qui était tombé sur sa jambe droite, provoquant une grosse douleur, une enflure et un hématome. Elle était seule au moment des faits mais avait ensuite fait appel à une infirmière, Madame E_____, qui lui avait prodigué les premiers soins. L'assurée avait été en mesure de continuer à travailler en prenant des anti-inflammatoires mais avait finalement décidé de consulter le 29 décembre 2016 en raison d'une aggravation des douleurs.

8. Dans un courrier adressé le 2 février 2017 au Dr D_____, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir examiné l'assurée pour des douleurs persistantes suite à la chute d'un robot ménager sur sa cuisse droite.

Le médecin a constaté que l'IRM mettait en évidence :

- d'une part, un status post-déchirure partielle de l'insertion proximale du vaste latéral (quadriceps) ;
- d'autre part, une déchirure du labrum au niveau supéro-latéral avec, localement, une chondropathie de grade III.

De la même manière, la patiente se plaignait de deux types de douleurs :

- d'une part, à la palpation sur la face latérale de la cuisse,
- d'autre part, d'une douleur au niveau du pli de l'aîne, irradiant dans le genou en position assise, notamment.

À l'examen clinique, le médecin disait avoir retrouvé une douleur à la palpation de l'insertion proximale du vaste latéral, mais aussi une douleur reproductible à la flexion, adduction, rotation interne de la hanche très vraisemblablement imputable au labrum, étant précisé que c'était cette dernière douleur qui gênait le plus la patiente.

Selon le médecin, la douleur latérale de la cuisse imputable à la lésion partielle du vaste latéral devait en principe être soignée par une prise en charge de physiothérapie.

En revanche, celles occasionnées par la lésion du labrum nécessitaient en outre une infiltration.

9. Dans un certificat médical destiné à l'assureur et daté du 3 février 2017, la Dresse C_____, spécialiste en médecine interne, a conclu à une déchirure musculaire accidentelle et a attesté d'une totale incapacité de travail, probablement jusqu'au 24 février 2017. L'incapacité de travail a été confirmée par ses deux collègues, les Drs F_____ et D_____, lesquels ne sont cependant pas prononcés sur sa durée.
10. Le 27 février 2017, le Dr F_____ a constaté que l'infiltration pratiquée en vue de résoudre la problématique de lésion du labrum - la plus douloureuse - s'était révélée fructueuse, puisque les douleurs avaient complètement disparu. Dès lors, il a autorisé l'assurée à reprendre son activité à plein temps.
11. Le 7 avril 2017, le docteur G_____, médecin-conseil de l'assureur, a contesté le devoir d'indemnisation de la part de ce dernier, faute de lien de causalité entre les troubles présentés à compter du 28 décembre 2016 et l'événement du 28 novembre 2016.

Le Dr G_____ a expliqué que la petite lésion musculaire partielle de la partie proximale du vaste externe pouvait tout à fait être ancienne. Il l'a qualifiée au surplus de « banale », tout comme celle touchant le labrum, ajoutant qu'on ne pouvait « dire qu'il s'agit d'une déchirure musculaire ».

En définitive, il a estimé que la causalité avec l'évènement n'était que possible.

12. Par décision du 21 juin 2017, l'assureur, se référant à l'avis de son médecin-conseil, a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

13. L'assurée s'y est opposée le 20 juillet 2017 en produisant à l'appui de sa position, notamment :

- un rapport du Dr D_____ du 8 juillet 2017 relatant que, le 5 janvier 2017, sa patiente lui avait indiqué n'avoir pas subi d'accident ; ce n'était que le 6 janvier 2017 qu'elle lui avait rapporté avoir reçu un robot ménager sur sa cuisse, fin novembre 2016 ; selon le médecin, la lésion décrite au niveau du quadriceps pouvait être consécutive à un choc direct, tout comme celle du labrum ; dès lors, il a estimé que le lien de causalité entre les lésions visibles à l'IRM et l'accident survenu en novembre 2016 revêtait une vraisemblance prépondérante ;
- le rapport du Dr F_____ du 27 février 2017.

14. Par décision du 15 novembre 2017, l'assureur a rejeté l'opposition.

L'assureur a d'abord émis des doutes quant à la question de savoir si un accident s'était bel et bien produit le 28 novembre 2016. Il a rappelé que lorsque l'évènement invoqué est survenu en l'absence de témoins, on ne saurait subordonner la reconnaissance du cas qu'à l'apport de preuves strictes de toutes les circonstances de temps et de lieu ayant accompagné l'évènement allégué et en s'en rapportant aux déclarations de la première heure de l'intéressé. À ce propos, l'assureur a relevé qu'à trois reprises et à trois médecins différents, l'assurée avait affirmé ne pas avoir été victime d'un accident ; elle ne s'en était finalement prévalu que le 6 janvier 2017, auprès du Dr D_____.

Cette question a toutefois été laissée ouverte au motif que l'existence d'un lien de causalité, tant naturelle qu'adéquate, entre les troubles à la cuisse et à la hanche droites ayant subsisté au-delà du 28 décembre 2016 et l'évènement du 28 novembre 2016 devait être niée. Sur ce point, l'assureur s'est référé à l'avis d'un autre de ses médecins-conseil, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Ce dernier, dans un rapport du 9 octobre 2017, a considéré, s'agissant de la déchirure musculaire, qu'après reconstitution de l'anamnèse, considérant que l'assurée avait dû prendre un anti-inflammatoire rapidement après l'accident et au vu des constatations résultant de l'IRM, on pouvait retenir que la relation de causalité était pour le moins probable entre l'évènement traumatique initial et la lésion musculaire de la cuisse droite.

S'agissant de la fissuration du labrum, au vu des constatations cliniques et de l'examen IRM, le Dr H_____ a considéré que la lésion et l'atteinte de chondropathie associée témoignaient d'une lésion dégénérative ancienne excluant tout lien de causalité entre la fissuration du labrum et l'accident. À cet égard, le médecin a expliqué que si les lésions du labrum peuvent occasionnellement survenir dans les suites d'un traumatisme violent, tel n'était pas le cas en l'occurrence, puisque le choc, direct, était survenu à distance de l'articulation (au niveau de la cuisse). Qui plus est, la lésion de chondropathie avancée de stade III témoignait bien d'une lésion chronique n'ayant pu survenir en un mois (délai écoulé entre l'accident et l'IRM).

Le médecin a rappelé que, selon le Dr F_____, en février 2017, la lésion labrale était prédominante. Il a également relevé que l'assurée avait pu travailler malgré le traumatisme de la cuisse jusqu'au 27 décembre 2016 et qu'une incapacité de travail ne lui avait été reconnue qu'à compter du 29 décembre 2016 et jusqu'au 27 février 2017. Au vu de l'examen radiologique et de l'examen spécialisé orthopédique, le Dr H_____ a conclu que, depuis le 27 décembre 2016, les troubles présentés par l'assurée n'étaient plus en rapport qu'avec la lésion du labrum, cause essentielle des douleurs. Il a ajouté que le délai de guérison d'une contusion musculaire modérée est d'un mois au plus et en a tiré la conclusion que celle-ci était alors probablement déjà guérie. En définitive, l'incapacité de travail n'avait donc, selon lui, concerné que la seule problématique du labrum.

Dans sa décision sur opposition, l'assureur a considéré que l'opinion du Dr D_____ - selon laquelle tant la lésion du quadriceps que celle du labrum pouvaient être consécutives à un traumatisme - ne dépassait pas le degré de la simple possibilité.

Il a ajouté que, même à supposer que la lésion musculaire du quadriceps ait encore été symptomatique au début de l'année 2017, l'essentiel des troubles provenait en réalité de la lésion du labrum, laquelle n'avait strictement rien à voir avec l'accident. À cet égard, il a rappelé que lorsqu'on ne peut dissocier le traitement de la lésion accidentelle ou de la lésion malade, c'est l'assurance responsable du diagnostic principal qui doit prendre en charge la totalité des frais, en l'occurrence l'assurance-maladie.

15. Par écriture du 18 décembre 2017, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge ses frais médicaux consécutifs à l'accident le 28 novembre 2016, subsidiairement à ce que soit mise en place une expertise médicale.

En premier lieu, la recourante réaffirme qu'un accident est bel et bien survenu le 28 novembre 2016 et propose l'audition de témoins à l'appui de ses dires.

S'agissant de la causalité entre l'événement en question et les atteintes à sa santé, la recourante fait valoir qu'elle a souffert d'une déchirure musculaire objectivée par

l'IRM du 30 décembre 2016, que l'intimée reconnaît d'ailleurs elle-même l'existence de cette lésion et que celle-ci doit être assimilée à un accident.

S'agissant du labrum, la recourante considère que l'intimée a échoué à démontrer que celle-ci serait manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Elle relève que le Dr H_____ a admis que les lésions du labrum - si elles étaient le plus souvent de type dégénératif - pouvaient occasionnellement survenir dans les suites d'un traumatisme violent. Elle en tire la conclusion que cette lésion est donc tout à fait susceptible d'avoir été occasionnée par l'événement du 28 novembre 2016.

La recourante rappelle que les lésions assimilables à un accident le sont 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. En l'occurrence, même si la lésion du labrum a pour l'essentiel une origine dégénérative - ce qui n'est pas démontré - les symptômes douloureux ont été déclenchés par l'accident, de sorte qu'il faut retenir que celui-ci ouvre droit à des prestations.

Enfin, la recourante rappelle que la physiothérapie avait pour objectif de soigner la lésion du quadriceps, dont il a été démontré et non contesté qu'elle était d'origine accidentelle et que cette physiothérapie a été mise en œuvre jusqu'au 24 février 2017.

16. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 9 février 2018 a conclu au rejet du recours.

S'agissant de l'existence de l'événement accidentel, l'intimée relève que l'assurée a déclaré à la Dresse B_____ qu'elle souffrait depuis neuf jours. Elle en tire la conclusion que les plaintes ont en réalité débuté le 18 décembre 2016 au plus tôt.

L'intimée rappelle que la Dresse B_____ n'a relevé aucun signe de trauma - alors qu'il est indubitable que la chute d'un objet de 80 kg aurait marqué durablement la cuisse et laissé des stigmates - et que l'assurée n'a pas mentionné l'événement du 28 novembre 2016 aux médecins chargés de l'examiner et qui l'ont pourtant questionnée à cet égard.

S'agissant de la question de savoir si les troubles persistant au-delà du 28 décembre 2016 sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident supposé, l'intimée répond par la négative en reprenant en substance l'argumentation déjà développée précédemment.

17. Par écriture du 12 mars 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle allègue avoir en réalité pris des anti-inflammatoires à raison de trois fois par jour depuis la survenance de l'accident, sur les conseils de Mesdames I_____ et E_____, collègues dans l'EMS où elle travaille. C'est lorsqu'elle a constaté que son état de santé ne s'améliorait pas qu'elle s'est résolu à se rendre à la Clinique et Permanence d'Onex, vu l'absence de son médecin traitant.

S'agissant de l'attestation de la Dresse B_____, la recourante relève qu'elle est rédigée de manière « à la fois télégraphique et approximative au niveau de l'orthographe et de la grammaire ». Elle y voit la démonstration qu'elle a été écrite dans la précipitation, ce qui permet de douter de la précision et de l'exactitude des faits qu'elle relate.

La recourante explique par ailleurs avoir informé les remplaçants de son médecin traitant et le radiologue des circonstances de l'accident. C'est parce qu'elle pensait que celles-ci devaient figurer à son dossier, elle ne les a plus évoquées par la suite.

Enfin, la recourante répète que rien ne permet d'affirmer que la lésion du labrum s'apparente manifestement à un phénomène dégénératif. Quoi qu'il en soit, même si une affection dégénérative préexistait, cela importe peu, dans la mesure où la lésion a été provoquée ne serait-ce que partiellement par l'événement accidentel, ce qui est le cas en l'occurrence.

18. Par écriture du 20 mars 2018, l'intimée s'est insurgée qu'un délai ne lui ait pas été accordé pour dupliquer.
19. Par courrier du 21 mars 2018, la Cour de céans lui a fait remarquer que la cause n'était pas encore gardée à juger, puisqu'une audience avait été appointée, à l'issue de laquelle lui serait donnée l'occasion de se déterminer.
20. Le 1^{er} juin 2018, Madame I_____, physiothérapeute, a indiqué par écrit qu'elle n'était pas sur les lieux lors de l'accident, que l'assurée n'avait fait que solliciter son avis après celui-ci et qu'elle lui avait alors donné des conseils oraux pour limiter son hématome en lui indiquant que si la douleur persistait ou si l'état de sa cuisse se péjorait il lui valait mieux consulter.

Pour le reste, Mme I_____ s'est référée à une attestation établie le 21 novembre 2017 dans laquelle elle affirme que le 28 novembre 2016, en fin de matinée, l'assurée lui a demandé son avis suite à un accident survenu le matin même sur son lieu de travail, c'est-à-dire les cuisines de l'EMS dans lequel elles exercent toutes deux. Une machine de cuisine lourde lui était tombée sur la cuisse droite et un hématome se formait. Mme I_____ dit se souvenir l'avoir examinée, lui avoir donné des conseils et avoir énuméré les précautions d'usage lors d'un coup important.

21. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 7 juin 2018, au cours de laquelle a été entendue Mme E_____.

Celle-ci a indiqué qu'elle ne se trouvait pas en cuisine lors de l'accident, mais dans les étages. L'assurée l'avait appelée et elle lui avait prodigué les premiers soins 5 à 10 minutes après l'événement. Le témoin dit avoir constaté que la cuisse de l'assurée était rouge et enflée. Elle lui avait donné de la glace et du paracétamol. L'assurée lui avait expliqué qu'un robot de cuisine lui était tombé dessus.

22. La recourante a confirmé avoir été seule en cuisine au moment de l'évènement, les trois cuisiniers de l'EMS travaillant en alternance, chacun à raison de huit heures.

Elle a expliqué s'être baissée pour soulever le robot dont elle avait besoin. Lorsqu'elle l'a soulevé, le haut du robot lui est resté dans les mains et le bas est tombé. Elle a cherché à empêcher sa chute avec sa jambe et il est tombé sur le haut de son genou.

Elle avait fait appel à l'infirmière, qui lui avait apposé une compresse glacée, lui avait donné des anti-inflammatoires et avait vérifié, en lui faisant effectuer divers mouvements, que rien n'était cassé.

Dans un premier temps, les douleurs avaient diminué et elle avait continué à travailler. Au fil du temps, elles avaient augmenté au point d'entraîner des difficultés à la marche et de l'empêcher de poser le pied, raison pour laquelle elle avait décidé de consulter. Son généraliste étant absent, elle s'était rendue à la permanence.

Comme les douleurs continuaient malgré tout à aller et venir, elle était allée voir son médecin traitant. Elle avait été reçue par la Dresse C_____, sa remplaçante, qui avait demandé une IRM.

Celle-ci ayant mis en évidence une déchirure musculaire, elle avait été mise en arrêt de travail. On lui avait prescrit des béquilles - afin d'éviter de poser le pied à terre -, des anticoagulants et des antidouleurs pendant deux semaines.

La situation n'a commencé à s'améliorer qu'après l'infiltration, jusqu'à disparition progressive et complète des douleurs.

La recourante dit avoir expliqué aux différents médecins consultés l'origine de la situation, à savoir la chute du robot. Elle pensait que l'information suivrait à son généraliste, mais avait découvert que tel n'avait pas été le cas.

L'infiltration a été suivie de séances de physiothérapie. Il y en a eu douze, la dernière début février 2017.

23. Par écriture du 28 juin 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle retient des audiences d'enquêtes et des dernières déclarations de l'assurée que c'est en voulant empêcher la chute de la partie inférieure d'un robot ménager avec sa jambe qu'elle s'est blessée sur le haut du genou droit. L'intimée en tire la conclusion que l'assurée n'a en réalité pas reçu une charge de 80 kg sur son articulation et que le sinistre ne constitue pas un traumatisme à haute énergie. Elle en veut pour preuve le fait que l'assurée déclare s'être baissée pour soulever le robot, lequel ne pouvait donc peser 80 kg. L'intéressée n'aurait pu soulever seule un tel poids.

L'intimée retient que la lésion s'est caractérisée avant tout par des douleurs, des rougeurs et un gonflement des tissus qui n'ont nécessité ni arrêt de travail, ni soins médicaux immédiats.

Elle rappelle que l'assurée se plaignait en décembre 2016 de deux types de douleurs. Dès lors que la physiothérapie - et surtout l'infiltration - ont permis une

disparition complète de celles-ci, l'intimée considère que l'incapacité de travail reconnue à compter du 29 décembre 2016 et les traitements administrés à partir de cette date concernaient exclusivement la problématique du labrum. Or, il n'existe aucun élément au dossier laissant supposer que cette lésion aurait été provoquée, même partiellement, par l'événement du 28 novembre 2016.

L'intimée souligne que la lésion du labrum est clairement exclue de la liste exhaustive des lésions assimilées à un accident.

24. Par écriture du même jour, la recourante a également persisté dans ses conclusions.

Elle considère qu'après les audiences d'enquêtes, aucun doute possible ne peut plus subsister quant à la survenance de l'accident du 28 novembre 2016.

Quant à l'existence d'un lien de causalité, elle se réfère à ses précédentes écritures et déplore que l'intimée ait retenu à dessein la date du 28 décembre 2016 pour se soustraire au paiement des factures médicales.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'événement du 28 novembre 2016 peut être qualifié d'accident ou être assimilé à un accident, d'une part, sur le bien-fondé du refus de l'intimée de prendre en charge les frais des séances de physiothérapie et de l'infiltration pratiquées de décembre 2016 à février 2017, d'autre part.
6. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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).

La notion d'accident se décompose ainsi 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

b) 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. 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 des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

c) Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement

(ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b).

Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2).

7. a) L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, 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'articulation (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 jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA, ne doivent être interprétées ni restrictivement, ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3^e; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3).

La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral 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 (ATF 123 V 43 consid. 2b).

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 (ATF 139 V 327 ; ATF 129 V 466; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de 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 ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, op. cit., consid.4.2).

b) La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1).

C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. À eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent en effet pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 466 consid. 4.2.1. et 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, op. cit., consid. 4.2).

Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 2).

En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). En outre, la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 362/06 du 4 juillet 2007 consid. 3).

c) L'existence d'une cause extérieure permettant d'assimiler une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA à un accident a donné lieu à une abondante casuistique du Tribunal fédéral.

La notion de cause extérieure a notamment été admise dans les cas suivants : une fracture d'une vertèbre à la suite de contractions causées par une crise d'épilepsie (SVR 1998 UV N° 22, p. 81), le fait de pousser un lourd panier de linge du pied gauche et de faire un mouvement brusque conduisant à une entorse du genou droit (RAMA 2000 N° U 385 p. 267), un saut du haut d'un carton d'emballage (RAMA 2001 N° U 435 p. 332), une entorse du genou en glissant sur un terrain inégal après avoir tenté de séparer des chiens qui se battent (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 27/00 du 27 juin 2001), un faux pas en jouant au volley-ball, provoquant un pincement au genou gauche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 92/00 du 27 juin 2001), un saut d'une hauteur de 60 centimètres d'un chariot à bagages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 266/00 du 21 septembre 2001), l'élongation des muscles adducteurs pendant l'entraînement au football (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 20/00 du 10 décembre 2001), une entorse d'un ligament de la cheville gauche après un mouvement de rotation en jouant au hockey en salle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 287/00 du 22 février 2002), une brusque rotation dans une cuisine avec des douleurs subséquentes du genou (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/02 du 21 octobre 2002), une déchirure partielle du tendon rotulien pour un danseur effectuant un porté accroupi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 153/06 du 16 août 2006) et une lésion du ligament du genou droit pour un skieur pratiquant le *carving* (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 223/05 du 27 octobre 2005).

En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable a été niée en présence d'une charge de travail importante et répétée qui a conduit à l'augmentation continue et l'aggravation de douleurs aux genoux (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 198/00 du 30 août 2001), d'une lésion au genou survenue en montant des escaliers (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 159/03 du 11 décembre 2003), d'une élongation musculaire dont les douleurs ont été ressenties lors d'une course à pied (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 100/03 du 31 octobre 2003), ou encore d'une élongation d'un ligament pendant le jogging (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2008 du 23 octobre 2008).

8. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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 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 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_752/2016 du 3 février 2017 consid. 5.2.2 destiné à la publication et 8C_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

9. En l'espèce, l'intimée met en doute l'existence même d'un accident, au motif que l'assurée n'en aurait pas avisé les médecins qui l'ont examinée.

Force est pourtant de constater que les déclarations de l'assurée à l'intimée n'ont, elles, jamais varié. Depuis le début - soit dans la déclaration de sinistre - l'intéressée a mentionné la chute d'un objet lourd sur sa cuisse droite. Interrogée par l'intimée, elle a fourni de plus amples explications et évoqué une douleur immédiate, un gonflement et un hématome, propos qui ont été corroborés par plusieurs témoins indirects de l'évènement, en audience et par écrit. Dans ces circonstances, il y a lieu de tenir pour établi que l'assurée a effectivement, en date du 28 novembre 2016, reçu un robot ménager - dont la charge n'atteint certes sans doute pas les 80 kg allégués, mais d'un poids certain - sur sa cuisse droite.

Suite à cet évènement, l'IRM a mis en évidence deux types de lésions :

- une déchirure partielle du quadriceps - laquelle constitue sans nul doute une lésion assimilée au sens de l'art.9 al. 2 let. d OLAA,
- un fissuration du labrum (anneau de cartilage fibreux de l'articulation) - atteinte ne figurant pas au nombre des lésions dites assimilées énoncées par l'art. 9 al. 2 OLAA - associée à une chondropathie de grade III, c'est-à-dire à une atteinte d'origine dégénérative.

Le 2 février 2017, le Dr F_____ a dit avoir constaté, à l'examen, deux types de douleurs correspondant aux deux atteintes constatées. S'agissant de la première, il a préconisé de la physiothérapie, tout comme pour la seconde, pour laquelle il a au surplus suggéré une infiltration.

Il ressort des constatations du Dr F_____ que la lésion la plus importante et la plus handicapante était celle touchant le labrum.

Le Dr G_____, quant à lui, a jugé que la lésion musculaire du quadriceps pouvait tout à fait être ancienne. Ce qui revient à dire qu'elle pouvait également tout à fait être la conséquence de l'évènement du 28 novembre 2016. Son collègue, le Dr H_____, a d'ailleurs jugé pour sa part le lien de causalité entre l'évènement et la déchirure musculaire « pour le moins probable ».

Le Dr H_____ a en revanche exclu tout lien de causalité entre l'évènement et la seconde atteinte - celle du labrum - en arguant que l'atteinte de chondropathie associée - de grade III et n'ayant donc pu survenir en l'espace d'un mois seulement - témoignait d'une lésion dégénérative ancienne. Qui plus est, le choc était survenu à distance de l'articulation, au niveau de la cuisse. Ces arguments apparaissent d'autant plus convaincants au vu des circonstances, en particulier du fait que l'assurée a pu continuer à travailler un mois durant après l'évènement, ce qui permet de penser que la lésion du labrum ne s'est manifestée que plusieurs semaines plus tard. Dès lors, et au vu de la prédominance de l'atteinte du labrum, on peut suivre le Dr H_____ lorsqu'il tire la conclusion que l'arrêt de travail n'était donc en lien qu'avec ladite atteinte. A cet égard, on rappellera que savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié.

Eu égard à ce qui précède, et en particulier de l'association de la lésion du labrum avec une atteinte clairement dégénérative (la chondropathie avancée), on peut retenir que seule la lésion du quadriceps peut être mise en lien de causalité avec l'évènement tel que décrit.

Il est vrai que l'art. 36 al. 1 LAA, invoqué par la recourante, prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence précise cependant que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle du dommage. Or, tel est le cas en l'occurrence, dès lors que l'existence d'un lien de causalité naturelle n'a pu être établi au degré de vraisemblance prépondérante requis.

Dès lors, c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge des frais de l'infiltration.

En revanche, l'affirmation du Dr H_____ selon laquelle l'atteinte musculaire, elle, devait déjà être guérie en décembre 2016, est infirmée par les constatations du Dr F_____ qui, en février 2017, constatait la persistance d'une douleur à la palpation à ce niveau et préconisait encore un traitement de physiothérapie.

Reste à examiner ce qu'il en est des frais de physiothérapie. Certes, les séances ont été prescrites afin de soigner tant la lésion du labrum que celle du quadriceps. Il n'en demeure pas moins que l'objectif principal était le traitement de la première, indissociable de celui de la seconde. Dans ces circonstances, c'est à l'assurance-maladie que doit incomber la prise en charge des frais. Là encore, c'est donc à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge.

Eu égard aux considérants qui précèdent, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le