



POUVOIR JUDICIAIRE

A/594/2020

ATAS/743/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 septembre 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à DIVONNE LES BAINS,
FRANCE

recourante

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS - SUVA, Division juridique, sise Fluhmattstrasse
1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1992, est employée par la société B _____ (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} janvier 2017 et, à ce titre, assurée auprès de la caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la caisse, la SUVA ou l'intimée) contre les accidents.
2. À teneur d'une déclaration d'accident bagatelle adressée par l'employeur à la SUVA le 27 septembre 2019, lors d'un difficile atterrissage, quand l'avion avait touché brusquement le sol, l'assurée avait ressenti une douleur extrême dans le dos alors qu'elle était en position d'atterrissage. Le sinistre avait eu lieu le 25 septembre 2019.
3. Le 27 septembre 2019, la doctoresse C _____, de l'hôpital de la Tour, a certifié que l'assurée était en incapacité de travail totale du 25 septembre 2019 au 2 octobre 2019 en raison d'un accident.
4. Le 30 septembre 2019, l'employeur a informé l'assurée qu'une déclaration de sinistre LAA avait été remise le même jour à la SUVA, laquelle mentionnait la même description de l'accident que la déclaration d'accident bagatelle du 27 septembre 2019.
5. Le 3 octobre 2019, le docteur D _____, médecin généraliste pratiquant en France, a délivré un certificat médical attestant d'un arrêt de travail de l'assurée jusqu'au 8 octobre 2019, en raison d'un accident de travail ayant eu lieu le 25 septembre 2019. Il a posé le diagnostic de contractures musculaires cervicales, dorsales et lombaires.
6. Dans un courriel du 7 octobre 2019 envoyé à Madame E _____, la supérieure hiérarchique de l'assurée, cette dernière a expliqué qu'elle avait retrouvé la mobilité mais que les douleurs persistaient. Elle était toujours sous anti-inflammatoires et continuait la physiothérapie. Elle devait également faire de nouvelles radios cette semaine.
7. Dans un questionnaire rempli par l'assurée le 7 octobre 2019, cette dernière a indiqué sous « description détaillée de l'événement » qu'elle se trouvait en position d'atterrissage (assise sens contraire à la marche, harnais attaché) lorsque l'avion avait touché brusquement le sol. La violence de la descente et ensuite du freinage avait été surprenante (mauvaise visibilité). Lorsque l'avion avait tapé contre le sol, elle avait ressenti comme une « décharge électrique » le long de la colonne vertébrale, peu après des contractions musculaires. L'événement s'était déroulé le 25 septembre 2019 vers 20h20. À la question, « s'est-il produit quelque chose de particulier (glissade, chute, coup, etc.) ? », l'assurée a indiqué qu'il s'était produit un atterrissage brutal suivi de forts à-coups et retentissements, probablement dû aux mauvaises conditions météorologiques. La première visite médicale s'était déroulée aux urgences de l'hôpital de la Tour, le 27 septembre 2019. Le traitement était encore en cours et la prochaine consultation était prévue pour le 7 octobre 2019.

8. Dans un rapport de radiographie de la colonne cervicale du 8 octobre 2019, le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué : « Rectitude cervicale sans inversion de la lordose ; pas de déformation scoliothique ; les corps vertébraux sont morphologiquement normaux, sans tassement ; aspect normal des espaces inter-somatiques ; pas d'anomalie des articulaires postérieures. » Il a conclu que les radiographies de la colonne cervicale étaient normales.
9. À teneur d'un rapport médical initial LAA rempli le 9 octobre 2019 par la Dresse C_____, l'assurée avait subi un traumatisme du rachis par compression au cours de l'atterrissage d'un avion, plus violent. La Dresse C_____ a posé le diagnostic de lombalgies post-traumatiques sans signe de complication. L'on pouvait constater objectivement une douleur paravertébrale des deux côtés, sans déficit. La thérapie se composait d'antalgie et de physiothérapie. Le traitement n'était pas terminé et allait probablement l'être dans trois semaines.
10. Par courrier du 14 octobre 2019, la SUVA a fait savoir à l'assurée que selon les documents dont elle était en possession, il n'y avait pas eu d'accident au sens de la loi. Les conditions de prise en charge du cas, comme lésion corporelle assimilée à un accident, n'étaient pas non plus remplies.
11. Le 24 octobre 2019, l'assurée a envoyé un courriel à la SUVA. Elle rappelait qu'un atterrissage était défini comme l'action de prendre terre et de se poser sur le sol et qu'il faisait partie intégrante du métier de personnel navigant commercial. Cependant, un atterrissage aussi brutal que celui qu'elle avait expérimenté relevait d'une cause extraordinaire, et que les lésions qu'il lui avait provoquées, n'étaient en rien une pathologie mais bel et bien quelque chose qui n'aurait pu survenir que dans le cas d'un accident, tel le coup du lapin et la suite de ses douleurs cervicales qui en avaient découlé par la suite.
12. Le 30 octobre 2019, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-conseil de la SUVA, a répondu par la négative à la question : « Sommes-nous en présence d'un 6.2 ? »
13. Par décision du 11 novembre 2019, la SUVA a refusé d'octroyer à l'assurée les prestations sollicitées. Au vu des faits décrits et des documents médicaux, ses troubles n'étaient liés ni à un accident ni à une lésion assimilée à un accident.
14. Le 11 décembre 2019, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle a reproché à la SUVA d'avoir mis deux mois et demi pour rendre sa décision. La décision avait été rendue sans même qu'on l'auscultât. Elle souhaitait savoir à quels documents médicaux la SUVA s'était référée et en demandait une copie. Les conclusions de la caisse étaient infondées, non argumentées et sans aucune référence aux documents médicaux qu'elle mentionnait. Elle avait subi dans son corps une atteinte dommageable, soudaine et involontaire compromettant sa santé physique ; ce qu'elle avait clairement expliqué dans questionnaire que la caisse lui avait soumis. L'avion avait touché brusquement le sol. La violence de la descente et ensuite du freinage avaient été surprenants - dans le sens de pas

ordinaire et inhabituel. Lorsque l'avion avait tapé le sol, - le mot était fort car soudain et sortant de l'ordinaire - elle avait ressenti comme une décharge électrique le long de la colonne vertébrale et peu après des contractures musculaires ; n'étant pas médecin et n'ayant pas consulté, elle aurait pu employer d'autres mots. L'avion avait heurté plusieurs fois la piste violemment en rebondissant très fort, ce qui n'était pas un atterrissage normal. Elle avait ressenti une douleur qu'elle aurait pu qualifier de fulgurante, jamais connue auparavant, le long de sa colonne vertébrale jusqu'à son crâne, qui ne l'avait plus quittée ensuite et qui avait même empiré.

D'après son médecin traitant, des contractures musculaires pouvaient être les conséquences d'un accident et il avait prescrit des radios de la colonne vertébrale pour rechercher un tassement. Ensuite, il avait parlé d'élongation musculaire causée par un traumatisme. La SUVA l'avait encouragée à se rapprocher de son centre de Sécurité sociale française mais celle-ci ne pouvait pas prendre en charge les frais liés à un accident de travail en Suisse. Alors que la prise en charge à 100% avait été appliquée pour ses soins et examens, elle recevait maintenant pour plus de CHF 700.- de factures, somme qu'elle ne pouvait pas régler. Du fait de cette décision négative, elle n'avait pas eu de complément de salaire pendant sa période d'arrêt de travail. Elle souffrait énormément et était très inquiète. Il ne fallait pas oublier qu'elle n'était pas une passagère confortablement installée sur son siège mais qu'elle était positionnée attachée sur son siège de service, ce qui ne répondait pas du tout aux mêmes critères. De plus, elle était la seule navigante dans le sens contraire à la marche, à l'arrière de l'avion ; les trépidations à l'arrière étant accentuées par rapport à celles de l'avant de l'appareil. Elle n'avait pas choisi sa position mais elle lui avait été attribuée par sa hiérarchie.

L'assurée a notamment produit les pièces suivantes :

- Un certificat du Dr D_____ du 10 décembre 2019 dans lequel il attestait avoir examiné l'assurée le 3 octobre 2019 à la suite d'un accident de travail du 25 septembre 2019. À l'examen, il avait constaté une élongation musculaire cervicale, dorsale et lombaire secondaire à un traumatisme à la suite de mouvements non coordonnés et non programmés sur son lieu de travail.
- Une attestation de Madame H_____, collègue de travail de l'assurée, du 10 décembre 2019 dans laquelle cette dernière a affirmé avoir été présente avec elle le 25 septembre 2019 dans le vol N° 1_____ à destination de Nantes. Elle précisait que l'atterrissage avait été brutal et que la force de l'impact avait été soudaine sur ce vol. Elle se souvenait que les conditions météorologiques étaient mauvaises à ce moment-là. L'assurée était assise sur son siège de service en position de sécurité, à l'arrière droit de l'appareil, comme elle ; c'était la seule à occuper un siège de service dans le sens contraire de la marche. Avant le débarquement des passagers, l'assurée avait fait part à l'équipage de douleurs violentes qu'elle avait ressenties lors de l'impact. L'assurée s'était aussi plainte auprès d'elle lorsque l'avion avait touché le sol, lui ayant dit ressentir comme une forte décharge électrique le long de sa colonne vertébrale, du bas du dos

jusqu'à la tête. Les passagers étaient encore dans l'avion quand elle avait dit avoir de fortes douleurs dans la nuque et dans le dos. Elle ne l'avait pas entendue, avant cet événement, se plaindre de douleurs dans le dos et la nuque.

15. Par décision du 10 janvier 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée. L'événement du 25 septembre 2019 n'était pas accidentel, faute de caractère extérieur extraordinaire à l'atteinte à la santé subie par l'assurée. Celle-ci n'avait pas subi un mouvement non coordonné ou non programmé au sens de la jurisprudence. En effet, l'opération d'atterrissage, même si elle pouvait parfois être plus ou moins violente, faisait partie du risque inhérent à l'exercice de l'activité d'hôtesse de l'air, dans la mesure où il s'agissait d'une activité habituelle pour toute personne faisant partie du personnel naviguant et ne constituait dès lors pas un élément extraordinaire. Les hôtesses de l'air étaient d'ailleurs formées pour ce genre d'exercice et se mettaient en position de sécurité comme c'était le cas de l'assurée, laquelle avait le harnais attaché. Cette dernière n'avait d'ailleurs ni chuté, ni glissé, ni heurté un objet au moment de l'atterrissage. De plus, par analogie avec la jurisprudence en matière d'accident survenu dans la cadre d'une activité sportive, le caractère extraordinaire de la cause externe devait être nié lorsqu'une atteinte à la santé s'était produite alors que le sport avait été exercé sans que survienne un incident particulier. En l'espèce, il n'était pas établi que l'atterrissage avait donné lieu à un incident particulier au point d'être considéré comme extraordinaire. En effet, aucune pièce au dossier ne le démontrait. Le caractère extraordinaire du facteur extérieur devant être examiné pour lui-même, le ressenti de l'assurée n'était pas déterminant.
16. Le 11 février 2020, l'assurée a formé recours contre la décision sur opposition du 10 janvier 2020 en demandant à ce que la SUVA prenne en charge les frais liés à son accident de travail et à régler les nombreuses factures médicales qu'elle recevait depuis le refus de prise en charge.
17. Le 28 avril 2020, la recourante a fait savoir que lorsqu'elle recevrait les écritures et documents de la SUVA, elle pourrait alors adresser au tribunal ses propres documents et écritures qu'elle jugeait utiles au soutien de son recours.
18. Le 1^{er} mai 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle s'était essentiellement fondée sur des documents connus de la recourante, à l'exception du bref avis médical du 30 octobre 2019 du Dr G_____. Ce document avait été requis par la recourante dans son opposition du 11 novembre 2019, mais par inadvertance, il ne lui avait pas été transmis. Il s'agissait d'une violation de son droit d'être entendue. Ce vice formel était cependant réparé au stade du recours dès lors que la chambre de céans disposait d'un plein pouvoir d'examen et la recourante pouvait désormais consulter l'ensemble des pièces au dossier et s'exprimer sur celles-ci. Au surplus, un renvoi du dossier à l'intimée aurait constitué une vaine formalité incompatible avec l'intérêt de la recourante à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable.

L'attestation du 10 décembre 2019 du Dr D_____ était intervenue après que la SUVA Genève avait refusé de prendre le cas en charge en indiquant dans la décision du 11 novembre 2019 le type de lésion assimilée (soit les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan). C'était après coup que le médecin traitant de la recourante s'était subitement rappelé qu'à l'issue d'un examen clinique de sa patiente le 30 octobre 2019, il avait constaté une élongation musculaire cervicale, dorsale et lombaire secondaire à un traumatisme sur son lieu de travail. Ce médecin n'avait cependant pas expliqué pourquoi il n'avait pas indiqué ces constatations dans son rapport initial du 9 octobre 2019. De même, comme l'avait souligné le médecin d'arrondissement, il était impossible de poser un tel diagnostic sur la base d'un simple examen clinique. Par ailleurs, la radiographie effectuée par la recourante n'avait pas révélé d'anomalie. Il y avait lieu d'écarter l'attestation du 10 décembre 2019 du Dr D_____. Cette dernière n'avait d'ailleurs pas la caractéristique d'un rapport médical et n'avait aucune valeur probante.

L'intimée a joint à sa réponse :

- Un avis médical du Dr G_____ du 15 avril 2020, selon lequel des traumatismes musculaires cervicaux, dorsaux ou lombaires pouvaient être très éventuellement occasionnés par des chocs directs. Or il ne s'agissait pas ici d'un choc direct, mais d'un choc indirect. Les lésions éventuelles devaient faire l'objet d'investigations nécessaires et adaptées, au minimum par une échographie musculaire, mais une IRM était beaucoup plus adaptée et pertinente. Cependant au niveau cervical, dorsal et lombaire, ces mécanismes d'élongation nécessitaient, pour qu'ils existent réellement, de tels efforts que d'autres structures étaient forcément mises en cause et abimées avant que les muscles eux-mêmes ne le soient, dans les traumatismes indirects. En effet, ces traumatismes indirects étaient des mouvements d'hyperflexion, d'hyperextension, ou les deux associés.

Dans un mécanisme indirect, les muscles, par un effet neuro-proprioceptif, se mettaient en tension pour éviter les dégradations des structures nobles car au milieu, entre le corps vertébral et les 2 colonnes postérieures, se trouvaient selon le niveau, soit la moelle, soit au-delà de L1 vers le bas, les nerfs de la queue de cheval qui étaient les nerfs moteurs et sensitifs des membres inférieurs.

Cette contraction pouvait aller jusqu'à la contracture douloureuse par un mécanisme de contrôle, et une contraction était par définition un mécanisme de raccourcissement musculaire qui pouvait être douloureux allant jusqu'à la crampe mais en aucun cas un mécanisme d'élongation, ce mécanisme étant provoqué par des mouvements d'étirement forcé avec de fortes énergies cinétiques, éléments qui n'étaient pas présents dans le mécanisme décrit.

C'était ce qui se passait dans les mécanismes d'atterrissage pour un personnel navigant en situation de position assise ceinturée dans laquelle, compte tenu de l'atterrissage, même violent, seule la contraction amortissante et contrôlant le mécanisme de haut en bas s'exerçant sur les structures nobles de la colonne vertébrale, se produisait et si nécessaire, cette contraction ressentie cessait rapidement en général, comme une crampe le plus souvent sans substrat pathologique démontrable. La propulsion en avant sur la personne était contenue par la ceinture et ne pouvait pas produire d'élongation.

Il ne s'agissait donc pas d'un mécanisme de déchirure musculaire ou d'élongation, mais au contraire de contractions et donc pas d'élément de type 6.2. Le certificat du médecin traitant ne changeait rien à cette analyse ; il ne présentait pas d'éléments diagnostics précis et argumentés.

Les examens qui auraient pu mettre en évidence une élongation musculaire cervicale étaient une échographie et une IRM qui, devant l'importance de la chaîne, aurait pu être réalisés mais il était très probable qu'aujourd'hui, en rapport avec la recherche d'éléments musculaires, cervicaux, dorsaux ou lombaires, ils soient négatifs. C'étaient les examens les plus adaptés et les plus poussés que l'on pouvait raisonnablement proposer.

L'élongation musculaire ne pouvait être incluse dans les lombalgies post-traumatiques de façon isolée car il ne pouvait s'agir en aucun cas d'élongation. Il pouvait s'agir de contractions/contractures, ce qui était un mécanisme tout à fait opposé sur le plan mécanique à une élongation.

La réaction de contraction musculaire pour contrôle des mouvements de la colonne vertébrale était tout à fait normale et se dissipait au bout de quelques jours. Ce mécanisme de contrôle par contraction était un mécanisme générique général, nécessaire au contrôle des mouvements de la colonne vertébrale et à l'économie gestuelle globale corporelle et ce dans toutes situations de la vie de par la biomécanique humaine et plus largement même chez les vertébrés.

19. Par réplique du 5 juin 2020, la recourante a conclu à ce que la chambre de céans :
- Condamne la SUVA à payer les sommes dues, factures d'honoraires de médecins, de pharmacie, de soins et d'examen médicaux et ce, directement aux professionnels ;
 - Condamne la SUVA à lui verser les sommes dues à titre des indemnités journalières, compensation de salaire, qu'elle aurait dû percevoir pendant son arrêt de travail initial pour accident de travail et sa prolongation d'arrêt de travail pour le même motif ;
 - Condamne la SUVA à lui verser une indemnité pour préjudice moral et financier de CHF 500.-. Enceinte depuis 8 mois, elle ne pouvait plus exercer son emploi de navigante. Elle avait subi une minoration de son salaire par son employeur, comme toutes les navigantes, dans le domaine de l'aérien, en

période de grossesse. De plus, elle devait faire face à une situation de stress due aux relances des professionnels lui sommant de payer dans un contexte économique particulièrement difficile accentué par la pandémie de Covid-19 car elle n'était pas certaine de retrouver son emploi. Elle avait subi une perte de salaire et n'avait pas reçu de compensation salariale par la SUVA à la suite de cet accident ;

- Ordonne à la SUVA de lui verser une astreinte de CHF 50.- par jour de retard, pour règlement aux professionnels de santé, à compter de la décision du jugement à venir ;
- Ordonne à la SUVA de lui verser des intérêts légaux des indemnités journalières pour arrêt de travail, compensation de salaire, non perçues en temps voulu ;
- Ordonne l'exécution provisoire de la décision prononcée.

Le total de ses frais s'élevait à CHF 763.95.

Elle a reproché à la SUVA de ne l'avoir informée que le 11 novembre 2019 de sa décision de rejet, alors que les professionnels de santé, B_____ et elle-même pensaient que la prise en charge était effective. Les courriers de la SUVA lui semblaient contradictoires car elle ne l'informait pas clairement sur sa position. La SUVA n'avait pas fait d'instruction complémentaire. La décision litigieuse l'avait placée dans une situation financière difficile. Elle n'avait donc pas engagé d'autres dépenses de santé, malgré que son état le nécessitât.

L'atterrissage du 25 septembre 2019 avait été particulièrement brutal en raison des intempéries et de la mauvaise visibilité causée par un épais brouillard et des rafales de vent. Le pilote avait utilisé, par voie de conséquences, une piste d'atterrissage inhabituelle et problématique. Bien qu'en position de sécurité et attachée, son dos avait heurté violemment la paroi de l'avion lui servant de dossier et elle avait fait plusieurs rebonds sur son siège de service. Son corps s'était déporté d'un côté à l'autre, sans qu'elle ne pût maîtriser ses mouvements. Il lui avait été impossible de trouver un équilibre ou maintien lorsque l'avion avait touché le sol. Elle avait ressenti de violentes douleurs dans son dos, la nuque et jusqu'au sommet du crâne, une très forte décharge électrique le long de sa colonne vertébrale, un étirement soudain et douloureux qui lui avait semblé être musculaire, ainsi que des contractures. Ses premiers mots adressés à sa collègue avaient été de décrire une sensation de violente décharge électrique le long de toute sa colonne vertébrale. Le personnel à bord avait confirmé la violence de l'impact. L'événement avait fait l'objet, immédiatement, d'un rapport interne par la chef de cabine. Elle n'avait jamais vécu un atterrissage aussi violent auparavant. Elle avait été dans l'impossibilité de continuer à travailler et avait passé l'intégralité du vol retour assise sur un siège de service au lieu d'opérer le vol retour comme prévu, ce qui avait été approuvé par sa hiérarchie. Elle ne savait pas qu'il fallait être extrêmement précis sur le choix du vocabulaire. La SUVA analysait chaque terme utilisé pour

pouvoir la débouter de sa demande. Dans le questionnaire de la SUVA, il n'y avait très peu d'espace pour détailler l'accident.

En 2018, elle avait chuté dans un avion pendant des turbulences, se blessant au dos et aux genoux. La SUVA avait alors pris en charge son accident.

Par ailleurs, elle regrettait de ne pas avoir été informée par la SUVA de la possibilité de recours à un médiateur.

Le Dr G_____, ne l'avait jamais contactée ni reçue en consultation. Il n'avait jamais demandé des examens complémentaires ni l'avis des médecins qui l'avaient auscultée. Le Dr D_____ avait écrit deux certificats médicaux où il attestait qu'elle avait eu une élongation musculaire à la suite de cet accident de travail. Il avait eu l'avantage et le professionnalisme de l'avoir reçue en consultation durant vingt-cinq minutes. Au cours de celle-ci, le Dr D_____ avait appelé le Dr I_____, médecin spécialiste, pour avis médical complémentaire qui avait confirmé le diagnostic d'élongation musculaire. Elle ne souffrait pas de lombalgies car l'ensemble de son dos avait été bloqué et avait eu excessivement mal. Il était regrettable que le certificat initial n'eût pas été rédigé au cours de cette consultation aux urgences mais après coup, lorsque la SUVA avait sollicité la Dresse C_____ pour le faire. Les soins apportés par le physiothérapeute ne s'étaient pas limités à la région lombaire mais avait porté également sur la région dorsale et cervicale.

La SUVA avait considéré, dans son rapport médical initial du 9 octobre 2019, que le Dr D_____ avait fait état de lombalgies post-traumatique sans signe de complication et qu'elle avait présenté des douleurs paravertébrales sans constatation objective. Cela était mensonger. Le Dr D_____ lui avait affirmé ne pas avoir rempli de certificat initial, ni même avoir été sollicité par la SUVA ou par tout autre organisme.

Le personnel aérien était certes bien formé mais il n'avait signé aucun consentement ni aucune décharge pour accepter ou approuver le fait d'être blessé au cours de son activité professionnelle.

La recourante s'est opposée à la demande de la SUVA d'écarter les certificats médicaux du Dr D_____ et a formulé la demande d'écarter l'appréciation médicale du Dr G_____ qui était arrivée très tardivement et trop bien à propos pour la SUVA.

La recourante a notamment joint à sa réplique :

- Un « cabin safety report » non daté et en anglais du vol EZS-1_____ du 25 septembre 2019, en provenance de Genève à destination de Nantes. Les pilotes étaient Monsieur J_____ et Monsieur K_____. Le personnel navigant était composé de Madame L_____, Madame H_____, Monsieur M_____ et la recourante. L'événement rapporté était une blessure due à un atterrissage brutal - « hard landing ». Il s'agissait d'un événement de gravité moyenne. Au troisième secteur, en phase d'approche de l'aéroport de Nantes,

Madame H_____ et la recorante, positionnées à l'arrière de la cabine, venaient de donner la notification « cabin galley secured » au chef de cabine positionné à l'avant de celle-ci. En raison du mauvais temps, l'équipage expérimentait des turbulences. La recorante et Madame H_____ avaient remarqué du brouillard dehors durant toute la phase d'approche. Durant un long moment, il n'était pas possible de voir le sol. Lorsque l'avion avait touché le sol, elles avaient éprouvé un atterrissage brutal à tel point qu'un bruit sourd et fort avait retenti. La recorante était en position d'atterrissage, sens dos à la marche. Au moment de l'atterrissage, l'assurée avait immédiatement ressenti des douleurs dorsales - bas du dos, nuque et douleurs articulaires - qui avaient été certainement causées par l'atterrissage instable et agité. Des passagers assis à l'arrière s'étaient également faits entendre, surpris par l'atterrissage inhabituel. Lors du débarquement, la recorante s'était plainte auprès de Madame H_____ au sujet de ses douleurs dorsales soudaines et durant le tournus, la recorante avait tenu informé le chef de cabine de la situation. Le chef de cabine et les deux autres personnels navigants avaient laissé la recorante s'asseoir afin qu'elle récupérât et qu'elle se sentît mieux. Le capitaine et le copilote étaient venus à l'arrière de la cabine pour voir comment la recorante se sentait. La recorante avait pensé qu'elle pouvait travailler sur le vol de retour mais elle avait dû s'asseoir durant la dernière heure afin de faire baisser la douleur au besoin ;

- Un courriel de la recorante du 25 septembre 2019 envoyé à Madame E_____ dont la teneur est la suivante : « Je t'écris pour t'informer qu'hier j'ai fait ARN-NTE et que sur le vol 1_____, à l'atterrissage, l'avion a tapé si brutalement (pour cause d'intempéries à Nantes je présume) que j'ai ressenti de fortes douleurs dans tout le dos et notamment le bas, j'ai ressenti comme un tassement de vertèbres et une décharge lorsque l'avion a touché le sol. J'étais CC2 et je pense qu'être dos à la marche lors de la landing position n'a pas arrangé les choses. Ce matin je ne me sens clairement pas mieux, les douleurs irradient dans le haut de la nuque, je m'occupe de voir un médecin aujourd'hui. » ;
- Un courriel de la recorante du 28 septembre 2019 adressé à Madame E_____, l'informant que les douleurs avaient été si fortes qu'elle n'avait pas pu attendre le rendez-vous que le docteur N_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies infectieuses, lui avait été fixé le lundi matin. Elle était finalement allée aux urgences de l'Hôpital de la Tour la veille. Il semblait que les douleurs soient d'origine musculaire, mais elles irradiaient vers le nerf sciatique. Elle était sous anti-inflammatoires et calmants et avait commencé les séances de physiothérapie ;
- Un certificat du Dr D_____ daté du 14 février 2020 dans lequel il a attesté qu'il avait examiné la recorante le 3 octobre 2019 à la suite d'un accident de travail du 25 septembre 2019. À l'examen, il avait constaté une élongation

musculaire cervicale, dorsale et lombaire secondaire à un traumatisme à la suite de mouvements non coordonnés et non programmés sur son lieu de travail ;

- Une attestation datée du 12 mars 2020 de Monsieur O_____, pilote de ligne auprès de B_____ Suisse, dans laquelle il a expliqué qu'il n'avait pas opéré sur le vol en provenance de Genève à destination de Nantes le 25 septembre 2019. Il était parvenu à retrouver les données météorologiques de ce soir-là qui confirmaient que c'était la piste 21 qui avait été utilisée en raison du vent sud-ouest clairement établi et accompagné de rafales de vent. La piste 21 était réputée être l'une des pistes les plus particulières du réseau B_____ en raison de son profil bosselé, caractérisé par une pente descendante puis ascendante qui créait une bosse nettement marquée dans la zone de toucher. Sur le feuille de briefing-pilote, il était toujours notifié qu'en raison du profil particulier de la piste 21, il y avait un risque de « deep landing » (atterrissage long, hors zone de toucher) et un risque de « hard landing » (atterrissage brutal) ;
- Une attestation de Madame P_____, mère de la recourante, datée du 1^{er} juin 2020 dans laquelle cette dernière a expliqué que sa fille était douloureuse, immobilisée et bouleversée. Elle lui avait relaté les faits en parlant d'un atterrissage terrible durant lequel son corps avait été ballotté dans tous les sens et que, sans véritable dossier, son dos avait frappé la paroi de l'avion. Elle avait suivi les événements à distance, en France près de Paris. Elle avait trouvé que sa fille était désespérée et très souffrante. Elle l'avait trouvée isolée car elle vivait seule, sans famille à proximité et avec des collègues aux horaires difficiles pour être présents et la reconforter. Voyant que l'état et les douleurs de la recourante s'aggravaient, elle avait souhaité que cette dernière rencontre son médecin traitant qui l'avait reçue le 3 octobre 2019. Elle s'était plainte de douleurs musculaires dans tout le dos, d'irradiation jusqu'au sommet du crâne, de sensation de brûlure interne et avait été bloquée du dos. Elle n'avait jamais entendu la recourante se plaindre des lombaires. Le Dr D_____ l'avait longuement examinée. Madame P_____ était présente car le Dr D_____ ne prenait plus de nouveau patient. Sa fille lui avait dit que le numéro de sinistre de la SUVA ne lui permettait pas une avance des frais en Suisse. Elle se retrouvait de ce fait dans des difficultés financières qui n'auraient pas dû se produire. Pour cette raison, elle avait suspendu les séances de physiothérapie malgré leur nécessité ;
- Un « cabin safety report » non daté et en anglais du vol 2_____ du 22 octobre 2018, en provenance de Bordeaux à destination de Genève. L'événement reporté était une chute de la recourant dans la cabine due à des turbulences à bord d'un avion.

20. Dans un courrier 8 juin 2020, la recourante a transmis les pièces complémentaires suivantes :

- La définition d'une « élongation » provenant du site www.ameli.fr ;

- Une attestation de Monsieur Q_____, collègue de travail de la recourante, datée du 7 juin 2020, dans laquelle il a certifié sur l'honneur avoir accompagné en voiture cette dernière aux urgences de l'hôpital de la Tour, le 27 septembre 2019, à la suite d'un atterrissage particulièrement violent. Personnellement, dans son activité professionnelle, il n'avait jamais vécu un tel atterrissage. La recourante souffrait beaucoup et ne pouvait pas conduire car elle avait le dos bloqué et une forte douleur à l'épaule. Il avait constaté qu'elle avait des difficultés à bouger son bras. Elle se plaignait aussi de douleurs dans la jambe et la nuque et des sensations de décharges électriques dans le dos. Il avait remarqué que la recourante avait eu du mal à se rétablir car elle se plaignait toujours de ses douleurs bien qu'elle prit plusieurs médicaments et fit des séances de physiothérapie.

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. Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations prévues par la LAA, à la suite de l'événement du 25 septembre 2019, singulièrement sur la question de savoir si celui-ci répond à la notion d'accident.
4. 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.

b. 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).

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). 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).

c. Le caractère extraordinaire de l'atteinte doit par contre être nié en cas de freinage d'urgence, sans collision avec un autre conducteur. En effet, un freinage fort et totalement inattendu lors de la conduite n'est pas inhabituel. Il fait partie de la routine d'un usager de la route que son corps, et en particulier sa colonne cervicale qui est susceptible de se déformer facilement lors de changements de mouvements, soit exposé à des forces physiques tel que le freinage. Dans de telles situations, dans lesquelles le corps peut avoir à supporter de grande pression, il n'y a pas de caractère extraordinaire si aucun événement particulier, telle qu'une collision, ne s'est produit (ATFA non publié U 131/03 du 25 mars 2004, consid. 3.4).

Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2).

À 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 précité consid. 3), d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe » (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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'un duel entre deux joueurs lors d'un match de basket-ball, lors duquel l'un est « touché » au bras tendu devant le panier par l'autre et se blesse à l'épaule en

réagissant à cette action du joueur adverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_835/2013 du 28 janvier 2014 consid. 5, in SVR 2014 UV n° 21 p. 67).

5. a. Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, 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, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008). Le fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références).

c. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U

142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

6. Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, 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 : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

b. Dans un arrêt du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51) le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA - notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPG), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPG, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles. Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPG ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier

2017, à moins qu'il puisse prouver que la violation est due de manière prépondérante à une usure ou maladie (consid. 9.1).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales 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 ; cf. 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).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (ATFA non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 3.1 ; ATF non publié U 267/01 du 4 juin 2002, consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux

versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF non publié 9C_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2). 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 (ATF non publié 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGa), il appartient à l'administration, respectivement au juge, de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a ; ATF 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; ATF 122 V 162 consid. 1d).

Il appartient toutefois à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini dans les dispositions légales précitées, sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables – la simple possibilité ne suffit pas – le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 114 V 305 consid. 5b). Les mêmes principes sont applicables, logiquement, en ce qui concerne la preuve d'une lésion assimilée à un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b).

10. En l'espèce, il convient d'examiner si l'événement du 25 septembre 2019 peut être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGa.

Préalablement, l'existence d'une atteinte dommageable, soudaine et involontaire n'est pas contestée.

En revanche, la dernière condition de la notion d'accident, soit le caractère extraordinaire du facteur extérieur, est litigieuse. En effet, l'intimée a soutenu dans sa décision sur opposition du 10 janvier 2020 que la recourante n'avait pas subi de mouvement non coordonné ou non programmé. L'opération d'atterrissage, même si elle pouvait parfois être plus ou moins violente, faisait partie du risque inhérent à l'exercice de l'activité d'hôtesse de l'air, dans la mesure où il s'agissait d'une activité habituelle pour toute personne faisant partie du personnel navigant et ne constituait dès lors pas un élément extraordinaire. Cette dernière n'avait ni chuté, ni glissé, ni heurté un objet au moment de l'atterrissage. Il n'était pas établi que l'atterrissage avait donné lieu à un incident particulier au point d'être considéré comme extraordinaire. En effet, aucune pièce au dossier ne le démontrait.

L'argumentation de l'intimée ne saurait être suivie. En effet, d'après la jurisprudence rendue en matière d'accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2). D'une manière analogue, en matière de freinage d'urgence, le Tribunal fédéral des assurances a énoncé que dans des situations où le corps peut avoir à supporter de grande pression, il n'y avait pas de caractère extraordinaire si aucun événement particulier, telle qu'une collision, ne s'était produit (ATFA non publié U 131/03 du 25 mars 2004, consid. 3.4.) Or, en l'espèce, il ressort des premières déclarations de la recourante, qu'au moment de l'atterrissage, l'avion a tapé brutalement le sol en raison des intempéries ce jour-là, ce qui lui avait occasionné une décharge électrique le long de la colonne. Cette description des événements est corroborée par l'attestation de Madame H_____ du 10 décembre 2019. Par ailleurs, l'attestation de Monsieur O_____ expose que la piste d'atterrissage qui a été utilisée pour cet atterrissage possède un profil particulier, bosselé qui comporte un risque d'atterrissage brutal. Ainsi, le choc brutal de l'avion sur le sol, dû à de mauvaises conditions météorologiques et à l'utilisation d'une piste d'atterrissage scabreuse, constitue bien un incident particulier au sens de la jurisprudence précitée que l'on peut apparenter au fait de heurter un objet ou à une collision. Par ailleurs, on ne peut pas qualifier un tel atterrissage de quotidien ou d'habituel dans la mesure où celui-ci a donné lieu à un « cabin safety report », transmis dans la réplique de la recourante du 5 juin 2020 - soit postérieurement à la décision de l'intimée du 10 janvier 2020.

Partant, l'événement du 25 septembre 2019 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et il n'est pas nécessaire d'analyser si les lésions dorsales de la recourante sont des contractions musculaires, comme le Dr G_____ l'a soutenu dans ses avis du 30 octobre 2019 et du 15 avril 2020, ou une élongation musculaire, soit une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. e LAA, comme l'a soutenu le Dr D_____ dans ses avis du 10 décembre 2019 et du 14 février 2020.

11. La recourante a conclu dans sa réplique du 5 juin 2020 notamment à ce que la chambre de céans : ordonne à la SUVA de lui verser une astreinte de CHF 50.- par jour de retard, pour règlement aux professionnels de santé, à compter de la décision à venir ; condamne la SUVA à lui payer une indemnité pour préjudice moral et financier de CHF 500.- ; ordonne l'exécution provisoire de la décision prononcée. Dans la mesure où ni la LAA ni la LPGA ne prévoient de telles prestations, ces conclusions outrepassent l'objet du litige.
12. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et l'intimée sera condamnée à prendre en charge les suites de l'accident du 25 septembre 2019.
13. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 10 janvier 2020.
4. Dit que l'intimé doit prendre en charge les suites de l'accident du 27 septembre 2019.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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