

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/722/2013

ATAS/1152/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 novembre 2013

5<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée à CHENE-BOUGERIES,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro  
POGGIA

recourante

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise  
Thurgauerstrasse 101, GLATTBRUGG

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1972, exploitait un magasin de sport et dispensait des cours de plongée en tant qu'associée-gérante de la société X\_\_\_\_\_ SARL. A ce titre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la ZURICH ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée).
2. Le 29 mars 2010, l'assurée était conviée par un fabricant de matériel de plongée à tester une combinaison étanche à l'occasion d'une plongée sous glace dans un lac de montagne, accessible uniquement à ski. Alors qu'elle essayait d'enfiler le vêtement, aidée de quatre personnes, elle a soudain ressenti de vives douleurs à la nuque qui l'ont forcée à s'allonger. Elle a pris un antalgique avant d'effectuer la plongée prévue.
3. Le 31 mars et le 1<sup>er</sup> avril 2010, l'assurée a consulté Madame N\_\_\_\_\_ ; ostéopathe à La Grave. Cette dernière a établi une facture portant sur des soins administrés en raison d'une gonalgie gauche et de cervicalgies à la suite d'un accident de plongée.
4. Le 2 avril 2010, l'assurée s'est présentée à la course de ski le Derby de la Meije, qu'elle a remportée dans la catégorie monoski femme.
5. Par télécopie du 12 avril 2010, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'elle prenait note du fait que cette dernière avait reçu ses déclarations annoncées par téléphone le 29 mars 2010 «*du problème des cervicales & suite tombe à ski genoux*» et de sa chute dans les escaliers du 5 avril 2010.
6. Le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM cervicale en date du 10 mai 2010. Il a conclu à une diversion de la lordose cervicale à l'étage C5-C6 et C6-C7 avec deux conflits radiculaires médians et postéro-médians gauches prédominant en C5-C6, où la hernie prenait un état de signal inflammatoire discrètement subluxé vers le bas repoussant de manière harmonieuse la moelle sans signe de myélopathie arthrosique.
7. Dans un certificat du 10 mai 2010, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a attesté d'une capacité de travail nulle depuis le 6 avril 2010.
8. Lors d'un entretien téléphonique le 11 mai 2010, l'assurée a déclaré plusieurs événements à l'assurance, qui a consigné ses déclarations sur des formulaires d'annonce de sinistre. Elle a évoqué un stage de plongée sous glace et l'essai d'une combinaison étanche trop petite le 29 mars 2010. Les fournisseurs avaient forcé pour la lui mettre, elle avait senti un crac dans les cervicales et n'avait plus pu bouger dès ce moment. Elle avait fait de l'ostéopathie et avait ensuite vu ses médecins, les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie.

9. Le Dr B\_\_\_\_\_ a procédé à l'exérèse de deux hernies C5-C6 et C6-C7 le 14 mai 2010. Il a noté que l'assurée présentait des cervico-brachialgies gauches violentes depuis le mois d'avril.
10. Dans un certificat du 17 mai 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse cervicale avec hernies discales aiguës survenue le 29 mars 2010 lors de l'essai "musclé" d'une combinaison de plongée étanche. L'incapacité de travail était totale depuis cette date.
11. Lors d'un entretien avec un inspecteur de l'assurance le 3 juin 2010, l'assurée a notamment déclaré qu'elle avait testé le 29 mars 2010 une combinaison de plongée étanche lors d'une plongée sous glace. La combinaison était trop petite et quatre personnes avaient dû l'aider à l'enfiler. Alors que ces dernières tiraient sur la combinaison afin de faire passer la tête par la collerette de la combinaison, l'assurée avait ressenti une vive douleur dans la nuque. Elle avait alors ôté la combinaison et pris un antalgique. Elle était redescendue à ski à l'hôtel et était à nouveau tombée. Ne parvenant plus à se relever le lendemain, elle avait demandé au fournisseur de la combinaison de prendre en charge deux nuitées supplémentaires. Le 6 avril 2010, elle avait ressenti des douleurs dans tout le corps et son médecin avait délivré un arrêt de travail dès cette date.
12. Invité par l'assurance à expliquer pourquoi le certificat du 10 mai 2010 attestait d'une incapacité de travail rétroactive au 6 avril 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué le 29 juin 2010 que les symptômes sévères avaient débuté à cette date.
13. Dans un certificat du 27 juin 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a signalé que le traitement médical avait commencé le 6 avril 2010, en précisant que l'assurée était tombée en avant au moment de passer la collerette d'une combinaison étanche. Le diagnostic était celui d'hernies discales aiguës.
14. Dans trois certificats datés du lendemain, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état des accidents suivants:
  - accident du 12 mars 2009 avec contusion des deux genoux, du bras et de l'épaule;
  - accident de la circulation avec entorse cervicale sévère et syndrome radiculaire le 22 mai 2009;
  - contusion du genou droit et déchirure du ménisque gauche.
15. Le 2 juillet 2010, l'assurée, par son mandataire, a confirmé à l'assurance qu'elle avait subi une chute dans les escaliers en date du 5 avril 2010, en glissant sur une bouteille en plastique.

16. Dans une attestation du 6 juillet 2010, Monsieur N\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait participé à l'essayage de la combinaison étanche le 29 mars 2010. Il avait aidé l'assurée à mettre cette combinaison, avec trois autres personnes qui la poussaient, la soulevaient et écartaient la collerette. L'assurée était tombée en avant en essayant de mettre la collerette et "un grand crack s'était fait sentir au niveau de la nuque". L'assurée avait dû ôter la combinaison et avait demandé des médicaments.
17. Dans un rapport du 19 juillet 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une chute dans les escaliers entraînant une incapacité de travail de l'ordre de 15 jours dès le 5 avril 2010. Cette incapacité était cependant difficile à estimer. En raison de l'aggravation des symptômes de l'événement du 29 mars, l'assurée avait été opérée en urgence et c'est cet événement qui conditionnait l'incapacité de travail.
18. L'assurance a apparemment fait suivre l'assurée par un détective privé en juillet 2010. Celui-ci aurait vu l'assurée dans son magasin et aurait participé à un baptême de plongée auquel elle assistait.
19. Le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté en date du 9 août 2010 d'une capacité de travail nulle du 6 avril au 8 août 2010 et de 25 % dès le 9 août 2010. Il a régulièrement prolongé cette incapacité de travail par la suite, le dernier certificat étant daté du 10 janvier 2012.
20. Le 28 septembre 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait énormément de cervico-brachialgies gauches avant son intervention. L'opération avait conduit à une amélioration partielle de son état, malgré la persistance de cervicalgies très tenaces empêchant toutes les positions stationnaires et les activités professionnelles à plus de 25 %. L'assurée paraissait tout à fait fiable dans ses symptômes.
21. L'assurance a confié une expertise pluridisciplinaire aux Drs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Ceux-ci ont rendu leur rapport le 26 août 2011 après avoir examiné l'assurée les 13 et 20 avril 2011. Dans le cadre de l'anamnèse, l'assurée a déclaré que lors de l'essayage de la combinaison de plongée, une des personnes qui l'aidaient lui avait poussé la tête en avant tandis que l'autre montait la collerette. C'est à cet instant qu'elle avait ressenti un violent craquement cervical s'accompagnant de douleurs cervicales immédiates avec une chute en avant. Souffrant de douleurs cervicales persistantes, elle s'était ensuite couchée et avait pris des médicaments. Le même jour, elle était tombée sur le genou gauche. Le lendemain, elle avait constaté un blocage au niveau de la nuque se compliquant de brachialgies bilatérales et de douleurs un peu partout. Elle avait eu recours à une ostéopathe dans un premier temps. Le 5 avril 2010, elle avait à nouveau chuté dans les escaliers en glissant sur une bouteille en plastique et s'était blessée au genou gauche. Les douleurs cervicales

s'étaient aggravées. A l'issue d'examens cliniques complets, les médecins ont indiqué qu'ils n'avaient pas d'argument pour affirmer d'une manière crédible que sans les événements du 29 mars et du 5 avril 2010, les troubles cervicaux auraient commencé au même moment pour aboutir à une opération le 14 mai 2010. Le développement des symptômes cervicaux était donc en relation de causalité naturelle avec l'évènement du 29 mars 2010. Ils ont noté que l'assurée avait été victime d'une probable flexion forcée de la nuque le 29 mars 2010. L'IRM du 10 mai 2010 et le protocole opératoire du Dr G\_\_\_\_\_ révélaient des altérations dégénératives disco-vertébrales C5-C6 et C6-C7 préexistantes à l'évènement du 29 mars 2010. La capacité de travail dans l'activité antérieure de vendeuse était complète. On pouvait retenir une incapacité de travail de 4 à 6 semaines après l'accident du 21 mai 2009 et de 2 à 3 mois après l'accident du 29 mars 2010. En revanche, l'incapacité de travail était totale en tant qu'institutrice de plongée profonde et la reprise du travail dans ce domaine restait incertaine, quelle que soit la suite du traitement.

22. Dans son courrier du 21 juin 2011, le mandataire de l'assurée a admis que cette dernière avait été vue sur son lieu de travail lors du contrôle par le détective, en expliquant qu'elle ne pouvait se permettre de fermer son magasin puisque l'assurance ne versait pas les prestations auxquelles elle avait droit.
23. Le 2 septembre 2011, l'assurance a adressé à l'assurée un décompte d'indemnités journalières pour maladie, tenant compte d'une incapacité de travail débutant le 6 avril 2010, conformément aux indications des Drs G\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, et se terminant le 12 juillet 2010, sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours. Elle a précisé qu'elle examinerait plus tard si ces prestations devaient être considérées comme un acompte sur les indemnités journalières pour accident éventuellement dues.
24. Le 26 septembre 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a noté des plaintes résiduelles empêchant l'exercice d'une activité à plus de 25 % dans l'enseignement de la plongée et du ski. Une activité adaptée de vendeuse sans port de charge permettrait d'augmenter progressivement la capacité de travail, en fonction des douleurs. En l'espèce, l'activité à 25 % était indispensable pour la survie de l'entreprise de l'assurée, dont l'état de santé n'était par ailleurs pas stabilisé.
25. Le 29 septembre 2011, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique en raison de troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention. Selon l'anamnèse, ces troubles étaient partiellement invalidants depuis l'accident du 29 mars 2010.
26. Le 30 septembre 2011, l'assurance a relevé qu'elle ne pouvait se prononcer sur l'existence d'un accident pour l'heure. Elle a ajouté que l'expert avait admis l'impossibilité de plonger en profondeur, ce qui pouvait influencer durablement la

capacité de gain de l'assurée. Celle-ci était néanmoins tenue de prendre les mesures nécessaires pour trouver un emploi permettant d'optimiser sa capacité de travail.

27. Par courrier du 18 novembre 2011, l'assurance a admis que le Dr C \_\_\_\_\_ avait estimé dans son certificat médical du 19 juillet 2010 que l'accident du 5 avril 2010 avait provoqué une incapacité de travail d'environ 15 jours. Par gain de paix, l'assurance prendrait en charge des indemnités journalières jusqu'au 5 mai 2011 [recte 2010]. Dès le 6 mai, la prise en charge relevait de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.
28. Dans une attestation du 25 avril 2012, le Dr H \_\_\_\_\_ a signalé que l'assurée bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique depuis l'été 2011 et que son état de santé s'était nettement dégradé depuis trois mois.
29. Par courriel du 22 mars 2012, le fabricant de la combinaison de plongée testée le 29 mars 2010 a exposé à l'assurance que lorsqu'il était allé voir si l'assurée avait terminé de mettre son équipement, elle lui avait déclaré qu'elle s'était fait mal en mettant la collerette et qu'elle avait déjà connu des problèmes similaires par le passé. Le fabricant lui avait alors prêté une autre combinaison plus grande, et l'assurée avait fait sa plongée. Elle avait par la suite skié l'après-midi, fait de la moto-neige et avait participé au repas organisé le soir. Il a joint des photographies de l'événement, sur lesquelles on voit notamment l'assurée sourire alors qu'elle est au bord de l'eau, complètement équipée pour plonger.
30. Le 26 mars 2012, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a relevé que le craquement entendu le 29 mars 2012 pouvait correspondre à un simple craquement des articulations sans incidence. Une hernie traumatique était rarissime. Si tel était le cas, la symptomatologie douloureuse et les manifestations neurologiques étaient très rapides et totalement invalidantes. Or, l'assurée s'était sentie mal quelques instants mais avait poursuivi normalement sa journée et avait même réussi à gagner une course de monoski quelques jours après, ce qui aurait été impossible avec un ligament déchiré. La douleur ressentie pouvait provenir de la hernie ou d'une autre cause. Elle n'avait cependant été que passagère. Le médecin-conseil a noté que les experts ne connaissaient pas l'emploi du temps de l'assurée entre l'événement et l'opération et avaient accepté le lien de causalité entre ces événements avec réserve à défaut d'arguments contraires, qui existaient cependant bel et bien.
31. Dans une attestation du 6 mai 2012, Monsieur O \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait participé à la présentation de matériel de plongée du 29 mars 2010. Il n'était pas avec l'assurée lors de l'essayage de la combinaison mais avait constaté que celle-ci se plaignait de fortes douleurs par la suite et durant la soirée. Il y avait trois ou quatre personnes qui l'avaient aidée à enfiler la combinaison.

- 
32. Par décision du 6 juillet 2012, l'assurance a nié le lien de causalité entre l'évènement du 29 mars 2010 et l'opération des hernies discales en mai 2010. Elle a souligné que dans la déclaration initiale relative à l'évènement du 29 mars 2010, l'assurée n'avait pas fait mention d'autre chose que d'un craquement et du fait qu'elle s'était ensuite sentie mal. Par la suite, une chute – d'abord à ski, puis lors de l'essayage de la combinaison – avait été mentionnée. Aucun élément ne permettait de déterminer ce qui s'était réellement produit le 29 mars 2010. L'assurée avait toutefois skié dans l'après-midi, et le témoin qui l'accompagnait n'avait pas mentionné de chute. Si celle-ci était effectivement survenue, elle devait être anodine. S'agissant de l'enfilage de la combinaison, l'assurance affirme qu'il s'agit d'un geste notoirement difficile mais que l'assurée doit y être habituée, compte tenu de son activité professionnelle. Il ne s'était rien produit de particulier hormis un bruit de craquement dans la nuque. Les douleurs apparues par la suite ne permettaient pas de conclure qu'il s'agissait-là d'une entreprise inhabituelle et par conséquent d'un accident. Elles ne découlaient pas non plus d'une lésion assimilée à un accident, une hernie discale ne faisant pas partie de la liste de ces lésions. Par ailleurs, même s'il fallait admettre la survenance d'un accident, les experts médicaux avaient considéré que la pression sur les cervicales avait aggravé des hernies préexistantes. Les experts s'étaient fondés sur une version selon laquelle les personnes avaient poussé l'assurée si violemment qu'elle était tombée, ce qui n'était pas le cas. Les conséquences de cet habillage étaient aussi exagérées, puisque l'assurée avait raconté qu'elle avait enlevé la combinaison et n'avait plus pu bouger. Or, elle avait effectué la plongée prévue puis skié dans l'après-midi. Les hernies existaient déjà avant mars 2010 selon le Dr I\_\_\_\_\_. En revanche, toute autre considération ne relevait que d'hypothèses. Il était médicalement impossible de déterminer si un accident s'était produit le 29 mars 2010. Si la nuque de l'assurée avait pu craquer, cela ne signifiait pas qu'une atteinte à la santé s'était produite. Un craquement des articulations pouvait être sans conséquence. Si le bruit avait été causé par une déchirure partielle ou totale d'un ligament, la hernie aurait alors glissé pour atteindre la moelle épinière et l'assurée aurait subi des parésies et une perte de force dans les bras. Son emploi du temps les jours suivants démontrait que tel n'était pas le cas. En particulier, la participation à une course de ski n'aurait pas été possible avec une rupture ligamentaire.
33. Le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, s'est déterminé sur la position de l'assurance le 8 juillet 2012. Il a indiqué qu'un craquement suivi d'une violente douleur est souvent en rapport avec une rupture tendineuse ou un traumatisme osseux. En l'espèce, il était facile d'imaginer des mouvements en flexion et extension définissant le mécanisme d'une entorse cervicale, soit un "coup du lapin" lors de l'essayage de la combinaison. Cette manœuvre avait pu occasionner une rupture du ligament commun vertébral postérieur expliquant le craquement entendu. Une rupture de ce ligament, associée à une rupture postérieure de la partie du disque vertébral appelée *annulus pulposus*, pouvait entraîner une hernie

discale. Une telle atteinte n'entraînait pas toujours des troubles neurologiques, qui pouvaient survenir dans un second temps, ce qui avait pu être le cas en l'espèce. Une hernie était par ailleurs le plus souvent asymptomatique et les traitements d'ostéopathie permettaient d'amener la douleur de manière transitoire. Le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que la chronologie et les délais traumatiques en l'espèce "étaient à eux seuls un lien de causalité".

34. L'assurée s'est opposée à la décision de l'assurance par écriture du 13 juillet 2012. Elle a indiqué avoir été victime de deux nouvelles chutes, l'une survenue le 29 mai 2012 dans les escaliers, et l'autre le 25 juin 2012 dans la rue. Elle a affirmé qu'elle avait annoncé l'événement du 29 mars 2010 par téléphone en requérant la prise en charge d'une consultation d'ostéopathie. Elle a allégué qu'elle avait fait bonne figure lors de la soirée organisée par le fabricant et que les douleurs consécutives à l'essayage n'étaient alors pas aussi fortes que le lendemain. Sur le fond, l'assurée a soutenu qu'une déchirure ligamentaire constituait bien une lésion assimilée à un accident. Elle avait subi un coup du lapin, accident bien connu des plongeurs. Le craquement brutal entendu était une rupture ligamentaire. Son incapacité de travail à 75 % était confirmée médicalement. Elle souffrait de plus d'un état dépressif imputable à l'attitude de l'assurance.
35. L'assurance a rendu une nouvelle décision le 26 juillet 2012, portant sur l'événement du 5 avril 2010. Elle a retenu que l'assurée n'avait pas fait part d'une chute le 5 avril 2010 à son collaborateur lors de l'entretien téléphonique du 11 mai 2010, ni même lors de la rencontre avec l'inspecteur du 4 juin 2010. L'IRM du 10 mai avait été réalisée en raison d'autres indications. L'assurance s'est référée au certificat du 19 juillet 2010 du Dr C\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci avait indiqué que l'épisode du 29 mars 2010 conditionnait l'incapacité de travail. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait alors estimé à 15 jours l'incapacité de travail ayant débuté le 5 avril 2010. L'assurance n'avait reçu aucune demande de remboursement pour l'événement allégué du 5 avril 2010. Ainsi, si cette chute avait bien eu lieu, devait être banale et sans conséquences graves. Ses effets avaient disparu au plus tard 15 jours après et n'entraînaient plus de traitement médical après le 20 avril 2010.
36. L'assurée s'est apparemment opposée à cette décision le 27 août 2012, opposition qui ne figure pas au dossier de l'assurance.
37. A la demande de l'assurance, les experts ont précisé par courrier du 6 novembre 2012 que l'événement du 29 mars 2010 pouvait déclencher des cervicalgies transitoires pour une durée allant de quelques minutes à quelques jours, mais n'avait pas qualité pour déclencher ou provoquer les hernies discales volumineuses. De plus, une personne souffrant d'une décompensation de hernie discale ne pouvait gagner une course à ski. Les médecins ont signalé une discordance entre les plaintes formulées et l'évolution objective des troubles. On pouvait considérer que le fait que l'assurée ait pu passer l'après-midi à ski et

gagner un concours de monski quelques jours plus tard comme des éléments parlant contre l'apparition de troubles majeurs handicapants consécutifs à l'événement du 29 mars 2010. A cet égard, les experts ont rappelé que les informations données par un expertisé étaient en principe considérées comme exactes. Dès le moment où elles s'avéraient fausses ou incomplètes, il était très difficile de faire des évaluations fiables et la notion de causalité naturelle ne pouvait plus être analysée selon des critères de vraisemblance ou de certitude. Il n'était en l'espèce plus possible de définir un lien de causalité entre l'événement du 29 mars 2010 et l'intervention du 14 mai 2010. Quant à la chute dans les escaliers, elle pouvait tout au plus avoir déclenché ou aggravé transitoirement les cervicalgies, mais non les hernies discales. De plus, lors de l'expertise, l'assurée avait insisté sur le rôle de l'événement du 29 mars 2010 dans la genèse de ces cervicalgies. Cette notion était désormais remise en question.

38. Dans son rapport de consultation du 7 décembre 2012, le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a fait état d'une possible pseudarthrose par non fusion, malgré l'absence de franc signal inflammatoire des vertèbres à l'IRM. Il a évoqué la possibilité d'une nouvelle intervention.
39. Le 21 décembre 2012, Madame P\_\_\_\_\_, psychologue, a attesté que l'assurée était suivie depuis 2011 pour les séquelles de son accident. Elle restait inapte au travail et présentait des symptômes dépressifs.
40. Dans un certificat du 4 février 2013 le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a fait état de la persistance de douleurs cervicales intenses et de tiraillements dans les deux bras. L'assurée présentait un syndrome vertébral cervical important avec parésie tricipitale et une mobilité ou pseudarthrose C6-C7 était suspectée. Une révision neurochirurgicale devrait être réévaluée en cas de persistance des douleurs.
41. Par décision du 24 janvier 2013, l'assurance a écarté les oppositions du 13 juillet et du 27 août 2013. Elle a allégué que l'assurance-invalidité aurait estimé le degré d'invalidité à 18 % et refusé l'octroi d'une rente. Se référant à la définition légale de l'accident, elle a souligné la nécessité d'un facteur extérieur extraordinaire et rappelé les conditions auxquelles une lésion peut être assimilée à un accident. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales sont d'origine dégénérative et qu'une étiologie accidentelle n'est reconnue qu'à des conditions particulières. Si la hernie discale est seulement déclenchée mais pas provoquée par l'accident, l'assurance prend en charge le syndrome douloureux. En l'espèce, l'assurée avait eu plusieurs accidents touchant les genoux et la colonne cervicale avant la survenance de l'événement du 29 mars 2010. S'agissant des faits du 29 mars 2010, l'assurée n'avait pas été claire dans ses premières déclarations à l'assurance et aux experts. La chute lors de l'habillage ne semblait pas vraisemblable car l'assurée n'en avait pas fait état lors de l'entretien avec

l'inspecteur début juin 2010, alors qu'il s'agit d'un événement extraordinaire. Partant, conformément au principe de la première déclaration, il y avait lieu de s'en tenir à la première version qui ne mentionnait pas de chute. De plus, le fait de devoir forcer le passage de la tête dans une combinaison de plongée étanche était usuel. Il s'agissait dès lors d'une situation quotidienne ou habituelle pour l'assurée, qui exploitait un magasin de plongée. Il n'était pas question en l'espèce d'un mouvement non contrôlé ou d'un facteur extérieur non programmé. Partant, on ne pouvait retenir d'accident. Il était également contesté que l'assurée ait subi un coup du lapin. La prise de position du Dr A \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2012 reposait sur des spéculations et hypothèses. La rupture tendineuse ou le traumatisme osseux évoqués par ce médecin n'étaient que des hypothèses non prouvées. Un craquement de la nuque n'était en soi pas extraordinaire. De plus, il n'existait aucune lésion corporelle assimilée à un accident au sens des dispositions réglementaires. L'assurance a en outre souligné que les experts médicaux ne pouvaient retenir de lien de causalité entre l'évènement du 29 mars 2010 et les troubles. Le fait que l'assurée était une sportive de haut niveau ne changeait rien aux exigences de la jurisprudence, selon lesquelles un lien de causalité entre un accident et une hernie discale n'était admis qu'en présence de critères stricts. En l'espèce, le traumatisme était banal et l'assurée n'avait pas ressenti de douleurs suffisamment fortes pour renoncer à skier après l'évènement. De plus, les hernies étaient préexistantes. Partant, les conditions pour retenir un lien de causalité n'étaient pas remplies. S'agissant de la déclaration relative à la chute du 5 avril 2010, l'assurance a relevé que les médecins consultés après cet accident n'évoquaient pas cet événement ni de lésion en lien de causalité avec cette chute. Ils rattachaient les douleurs aux genoux et aux cervicales à d'autres événements, dont une chute à ski en février 2010. La chute dans les escaliers n'avait laissé aucune trace concrète et n'avait même pas été mentionnée à l'inspecteur. L'affirmation de l'assurée dans son opposition du 27 août 2012, selon laquelle le Dr C \_\_\_\_\_ avait constaté des hématomes, ne trouvait aucun fondement. La fissure cartilagineuse du genou gauche était une conséquence de la chute à ski de février 2010.

42. Par écriture du 25 février 2013, l'assurée interjette recours contre la décision de l'assurance, par l'intermédiaire de son conseil. Elle conclut, sous suite de dépens, à ce que la Cour de céans constate que l'incapacité de travail reste totale et au versement des prestations d'assurance, et, préalablement, à l'audition de témoins et à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, neurologique et neuropsychologique. Elle affirme que son activité principale est l'instruction de la plongée, la vente n'étant qu'accessoire. Lors de l'évènement du 29 mars 2010, c'est pour faire bonne figure qu'elle a effectué une ou deux descentes à ski après l'essai de la combinaison. La facture de l'ostéopathe a d'ailleurs été prise en charge par l'intimée. Elle allègue être une sportive de haut niveau, habituée à supporter la douleur, ce qui explique qu'elle se soit présentée au Derby de la Meije.

L'événement du 5 avril 2010 a eu pour conséquences de violentes douleurs au niveau des cervicales et du coude. Elle affirme que l'opération pratiquée par le Dr B \_\_\_\_\_, dont le lien de causalité avec les accidents n'est pas contesté, a été prise en charge par l'intimée. De plus, le Dr C \_\_\_\_\_ l'a rencontrée le 5 avril 2010, alors qu'elle se déplaçait avec des béquilles. Celui-ci avait par la suite admis une capacité de travail à 25 % à but thérapeutique, car elle devait se changer les idées. Le décompte d'indemnités du 2 septembre 2011 est en outre en contradiction avec les conclusions des experts médicaux, puisqu'il se fonde sur une incapacité de travail ayant débuté le 6 avril 2010 et s'étant achevée le 12 juillet 2010, alors que les spécialistes ont admis un lien de causalité entre l'événement du 29 mars 2010 et les troubles cervicaux persistant à l'époque de l'expertise. La recourante affirme que le Dr A \_\_\_\_\_ a également admis un lien de causalité entre l'événement du 29 mars 2010 et ses souffrances, car elle a subi une déchirure du ligament lors du traumatisme. Elle ajoute que son psychisme s'est gravement dégradé, ce qu'elle impute au comportement de l'intimée. La recourante soutient que les experts font preuve de complaisance en retenant une discordance entre ses troubles et ses plaintes, alors que le Dr J \_\_\_\_\_ préconise une nouvelle intervention. Il est en effet incompréhensible d'affirmer qu'il n'y a pas de séquelles alors que la plongée est définitivement proscrite. Elle soutient que la pression exercée sur sa nuque au moment d'enfiler la collerette par des tiers est la cause de son atteinte cervicale, en rappelant que le fait de recevoir un coup doit être assimilé à un accident. Elle ajoute qu'une lésion corporelle causée par un mouvement inhabituel doit être assimilée à un accident. Tel est manifestement le cas de l'essayage d'une combinaison de plongée étanche qui exige une flexion de la tête vers l'avant. S'agissant de l'événement du 5 avril 2010, la recourante allègue que l'intimée ne conteste pas qu'il s'agit d'un accident. Quant à l'origine traumatique des troubles cervicaux, elle conteste l'application de la jurisprudence citée par l'intimée en relevant qu'elle n'a jamais subi d'incapacité de travail liée à des problèmes cervicaux et son activité physique intense permet d'exclure l'existence d'une telle atteinte avant l'événement du 29 mars 2010. Le Dr A \_\_\_\_\_ a d'ailleurs exposé le processus conduisant à la lésion cervicale. En cas d'incertitude sur ce point, une expertise devrait être ordonnée. La recourante souligne que l'intimée ne se fonde sur aucun élément médical pour exclure la survenance d'un accident. Quant à l'existence d'accidents antérieurs, ils tendraient à démontrer qu'il s'agit en l'espèce de rechutes. Elle conteste avoir varié dans ses déclarations en affirmant que la transcription erronée de ses dires ne lui est pas imputable. Elle a d'ailleurs requis la prise en charge de la consultation chez l'ostéopathe en contactant l'intimée sur sa hotline. Elle soutient que mandater un détective privé avant de faire appel à un expert relève d'une volonté délibérée de rechercher des éléments subjectifs pour refuser les prestations plutôt que de rechercher la réalité de l'atteinte.

43. Dans sa réponse du 25 avril 2013, l'intimée conclut au rejet du recours et à l'audition de Monsieur Q\_\_\_\_\_, fournisseur de la combinaison étanche. Elle expose avoir pris en charge la facture d'ostéopathie sans examen approfondi comme une suite de l'accident de ski du 9 février 2010, l'ostéopathe ayant mentionné des gonalgies. Elle conteste avoir admis l'existence d'un lien de causalité entre la chute dans les escaliers du 5 avril 2010 et l'intervention du 14 mai 2010, ajoutant qu'elle a émis des doutes sur les circonstances concrètes de cet événement. Elle a par la suite versé des indemnités journalières pour une incapacité de travail du 8 avril au 5 mai 2010 par décompte du 18 novembre 2011. Elle nie avoir pris en charge l'intervention du 14 mai 2010 et dément les affirmations de la recourante sur la partialité des experts. L'existence d'une lésion assimilée à un accident n'est en outre pas confirmée par les médecins, et les théories de la recourante ne trouvent aucun fondement médical. Il est en effet indubitable que les hernies discales existaient avant l'événement du 29 mars 2010. Enfin, il ressort de la décision de l'assurance-invalidité que la recourante manque de bonne volonté et que cette dernière n'est pas incapable de travailler.
44. Par réplique du 17 juin 2013, la recourante persiste dans ses conclusions, tout en requérant l'audition de témoins. La recourante affirme être assurée en qualité de sportive professionnelle, notamment pour le ski, le karaté et la plongée sous-marine et la compétition. En 2009, elle a subi un coup du lapin qui a entraîné des séquelles durables dont les conséquences restent à déterminer. Elle a d'ailleurs immédiatement déclaré tous les accidents la concernant. Elle met en exergue que l'intimée, qui émet aujourd'hui des doutes sur les circonstances de la chute dans les escaliers du 5 avril 2010, a versé des indemnités journalières pour accident et reconnaît donc l'existence de cet événement. Elle conteste les affirmations de Monsieur Q\_\_\_\_\_, qui ne lui avait pas demandé sa taille de combinaison et est donc à l'origine de son accident. Le fait qu'une plus grande combinaison lui ait été donnée prouve que la première était trop petite. Elle allègue qu'il est particulièrement important que la taille d'une combinaison étanche soit adaptée afin d'éviter une courbure excessive de la nuque pour entrer dans la collerette. Elle produit trois attestations émanant de professionnels de la plongée qui indiquent être conscients des risques et des problèmes pouvant survenir lors de l'essayage de combinaison étanches. S'agissant du caractère accidentel de l'événement du 29 mars 2010, elle affirme que la pression exercée par les personnes qui l'aidaient constitue un événement extérieur extraordinaire. Ce n'est qu'après l'accident que les hernies ont été mises en évidence. Les experts ayant retenu une incapacité de travail totale en tant qu'instructrice de plongée et considérant que son cas n'est pas stabilisé, la position de l'intimée n'est ainsi pas fondée. La recourante produit un certificat du 20 décembre 2012 du Dr L\_\_\_\_\_, qui atteste de douleurs cervicales chroniques invalidantes avec insomnies. Elle soutient que la chute dans les escaliers du 5 avril 2010 est consécutive à une perte d'équilibre liée aux atteintes cervicales. La surveillance par un détective constitue en outre une

atteinte inadmissible à sa sphère privée. Il est de surcroît faux d'affirmer qu'elle n'est pas motivée pour reprendre une activité professionnelle. Son incapacité de travail est reconnue pour l'activité de monitrice de plongée. Son activité de vente n'est qu'accessoire et diminue puisqu'elle ne peut plus dispenser de cours depuis ses accidents. Même la capacité de travail de 25 % retenue par ses médecins n'est pas réaliste, car elle est en réalité totalement incapable de travailler en raison de son état dépressif, lequel résulte de l'attitude de l'intimée.

45. Par duplique du 28 août 2013, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle allègue que l'activité de monitrice de la recourante est secondaire par rapport à la vente et se réfère à cet égard à la décision de l'assurance-invalidité du 15 janvier 2013. Le fait qu'elle ait assumé la facture d'ostéopathie sans formalité excessive ne peut lui être reproché. Elle répète qu'elle n'a jamais admis l'existence d'un lien de causalité entre la chute dans les escaliers du 5 avril 2010 et l'intervention pratiquée par la suite et qu'elle a émis des doutes sur les circonstances concrètes et les conséquences de cette chute, compte tenu du peu d'informations à ce sujet. Elle se réfère à l'expertise établie, qui fait état d'une discordance majeure entre les troubles et leurs répercussions et nie un lien de causalité entre ceux-ci et la chute dans les escaliers. Enfin, l'audition des témoins requise par la recourante est inutile puisqu'il s'agit de procéder à la qualification juridique de l'événement du 29 mars 2010.
46. Par courrier du 21 octobre 2013, la recourante invite la Cour de céans à fixer une audience pour entendre des témoins, soulignant que son incapacité de travail entraînait un préjudice pour son entreprise.
47. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **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; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Est litigieux le droit de la recourante aux prestations en cas d'accident, plus spécifiquement les points de savoir si l'événement du 29 mars 2010 peut être

qualifié d'accident ou s'il a entraîné une lésion assimilée à un accident, et si l'accident du 5 avril 2010 entraîne encore des conséquences à charge de l'intimé.

En revanche, les éventuelles suites d'autres événements ou d'accidents ne font pas partie du présent litige.

4. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident 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). Le facteur extérieur peut être qualifié d'extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou habituels (ATF 129 V 402 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).

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). Ainsi, la jurisprudence a admis l'existence d'un facteur exceptionnel lorsque, en soulevant ou en poussant une charge, une lésion se produit à cause d'un effort extraordinaire, c'est-à-dire manifestement excessif. Mais 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. 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).

- 
5. 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. Sur cette base, le Conseil fédéral a adopté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), qui contient la liste exhaustive de toutes les lésions corporelles pouvant être assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Il en va ainsi des fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h).

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 non publié 8C\_520/2009 du 24 février 2010, consid. 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 123 V 43 consid. 2b, ATF 116 V 145 consid. 2c, ATF 114 V 298 consid. 3c). 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).

b) Pour retenir l'existence d'une cause extérieure, la jurisprudence exige un événement qui présente un risque accru. Cette condition est notamment remplie lorsque le geste qui conduit aux douleurs ressenties se produit dans le cadre d'une activité comprenant un risque accru, comme c'est le cas de nombreux sports (ATFA non publié U 398/06 du 21 novembre 2006, consid. 2). Il y a également lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. La cause extérieure au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne se confond ainsi pas avec la première apparition de douleurs, et il ne suffit pas que celles-ci surviennent à la suite d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. 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. La sollicitation physiologique du squelette, des articulations, des muscles, tendons et des ligaments ne représente en effet pas un facteur extérieur, qui sans être de caractère extraordinaire doit néanmoins représenter un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps (ATF 129 V 466 consid. 4.2). 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 (ATFA non publié 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 ; ATFA non publié U 362/06 du 4 juillet 2007, consid. 3).

6. 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 (ATFA non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 3.1; ATFA 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 1<sup>er</sup> 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 par oral 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).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier

certain types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

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 ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

---

circonscrite, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

8. En l'espèce, les rapports des Drs D \_\_\_\_\_, F \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_ correspondent en tous points aux réquisits jurisprudentiels développés ci-dessus. En particulier, leur complément d'expertise du 6 novembre 2012 se fonde sur une parfaite connaissance du dossier et sur une anamnèse complète. Les experts ont pris en compte les plaintes de la recourante et ont procédé à des examens complets avant d'émettre leurs conclusions. Celles-ci sont en outre claires, motivées et convaincantes. Partant, les documents d'expertise doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'allégation de la recourante, qui conteste l'impartialité de ces médecins, n'est nullement étayée de sorte qu'elle ne peut être retenue.
9. Il convient de déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'événement du 29 mars 2010 n'engageait pas sa responsabilité.

a) Force est de constater que cet événement ne correspond pas à la définition légale de l'accident, dès lors qu'il n'existe aucun facteur extraordinaire. Le fait d'enfiler une combinaison de plongée nécessite certes quelques efforts, mais il ne s'agit pas là de sollicitations excessives, *a fortiori* pour un assuré rompu à la pratique de ce sport, comme c'est le cas de la recourante. Cette dernière ne décrit aucun faux mouvement et n'allègue pas que les personnes qui l'aidaient auraient usé d'une force disproportionnée. Le fait qu'un craquement dans la nuque ait été entendu ne suffit pas à conclure à l'existence d'un événement extraordinaire. Si le Dr A \_\_\_\_\_ a évoqué des mouvements en flexion et extension relevant d'un coup du lapin, il faut souligner qu'il ne s'agit là que d'une conjecture puisque ce médecin dit expressément que ces mouvements sont « imaginés ». Par ailleurs, on ne peut pas retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante serait tombée lors de cet essayage. En effet, elle n'a pas mentionné de chute lors de l'entretien téléphonique du 11 mai 2010 et lors de l'entrevue du 3 juin 2010. A cet égard, elle déclare dans son recours qu'elle n'est pas responsable du fait que ses propos n'ont pas été transcrits de manière fidèle par l'intimée. Cependant, lors de l'entretien avec l'inspecteur de l'intimée, la recourante a apposé des indications manuscrites sur les formulaires d'annonces de sinistres initialement remplis par l'intimée lors de l'entretien téléphonique. Elle a donc eu accès à la transcription de ses déclarations et il serait étonnant qu'elle n'ait pas pris la peine de mentionner une chute, alors qu'elle a corrigé d'autres points, dont la portée était cependant moindre, sur ces formulaires. Enfin, il est difficile de concevoir comment la recourante aurait pu tomber alors que quatre personnes l'entouraient et la tenaient.

b) La recourante allègue en outre qu'elle a subi une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Or, les hernies discales ne font pas partie de l'énumération exhaustive des lésions assimilées contenue dans cette disposition. Le Dr A\_\_\_\_\_ a bien évoqué une possible rupture du ligament commun vertébral postérieur. Il s'agit néanmoins ici aussi d'une hypothèse infirmée par les documents d'imagerie, puisqu'aucun rapport de radiologue ne fait état d'une telle lésion.

c) Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'événement du 29 mars 2010 tel qu'il a été décrit par la recourante dans ses premières déclarations ne pouvait être qualifié d'accident, le caractère extraordinaire faisant défaut. C'est également à juste titre qu'elle a nié l'existence d'une lésion assimilée à un accident. Les attestations produites à l'appui de la réplique de la recourante du 17 juin 2013 ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. Il s'agit en effet non pas de témoignages sur le déroulement de l'essayage du 29 mars 2010 mais de déclarations reposant sur l'expérience générale de professionnels de la plongée, sans lien avec l'événement concret. Or, le fait que la survenance de douleurs ou de troubles après avoir revêtu une combinaison étanche soit un phénomène connu ne modifie pas les exigences découlant des définitions légales de l'accident et de la lésion assimilée.

d) Par surabondance, même s'il fallait considérer qu'un accident a bien eu lieu le 29 mars 2010, l'activité déployée par la recourante par la suite permet d'admettre que celui-ci n'a pas eu d'effet prolongé et que ses troubles ne sont pas en lien avec cet événement. C'est en effet à cette conclusion que sont parvenus les experts dans leur complément du 6 novembre 2012, dans lequel ils ont exposé que cet incident pouvait déclencher des cervicalgies dont la durée était tout au plus de quelques jours. Or, après la séance d'ostéopathie – au demeurant destinée à soulager non seulement les cervicalgies mais aussi une gonalgie selon la facture de l'ostéopathe – la recourante a pu se consacrer à son activité habituelle et même remporter une épreuve sportive, ce qui tend à démontrer que la douleur s'était alors amendée. Or, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (ATF non publié 8C\_301/2009 du 17 septembre 2009, consid. 3.2). En l'espèce, la recourante a pour la première fois consulté le Dr B\_\_\_\_\_ le 10 mai 2010 et sa capacité de

travail n'a pas été entamée avant le 6 avril 2010. Sur ce point, on ne peut en particulier pas tenir compte du certificat du 17 mai 2010 du Dr C \_\_\_\_\_, lequel fait état d'une incapacité de travail remontant au 29 mars 2010. Non seulement ce certificat est rétroactif, mais il est en contradiction avec les certificats du Dr B \_\_\_\_\_ et avec l'indication du Dr C \_\_\_\_\_ lui-même, qui indiquait que le traitement médical n'avait débuté que le 6 avril 2010. Partant, les conditions dégagées par la jurisprudence permettant d'admettre l'origine traumatique des hernies ne sont pas réalisées en l'espèce. En outre, les experts ont relevé des altérations dégénératives des disques vertébraux C5-C6 et C6-C7 préexistantes et ont confirmé que l'événement du 29 mars 2010 ne pouvait déclencher ou provoquer les volumineuses hernies discales de la recourante. Enfin, l'argumentation de cette dernière, qui se borne à indiquer qu'elle n'a jamais subi de problèmes cervicaux avant l'événement du 29 mars 2010 et que celui-ci est donc à l'origine de ses troubles, repose sur un raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*». Tel est également le cas de l'avis du Dr A \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2012, selon lequel l'enchaînement des événements justifie que l'on retienne une origine accidentelle de la hernie. Or, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

e) Reste enfin à déterminer si les troubles de la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 5 avril 2010. La question de la réalité de la chute alléguée par la recourante peut à cet égard rester ouverte. En effet, les experts ont exclu le lien de causalité, soulignant que cette chute avait tout au plus aggravé transitoirement les cervicalgies, mais ne pouvait avoir provoqué les hernies. On peut sur ce point renvoyer aux considérants développés ci-dessus concernant l'origine dégénérative des hernies. Or, l'intimée a bien pris en charge le phénomène douloureux transitoire, puisqu'elle a versé des indemnités journalières du 5 avril au 5 mai 2010. Conformément aux conclusions des experts, elle n'est pas responsable des troubles qui persistent après cette date. Enfin, le Dr C \_\_\_\_\_ a estimé l'incapacité de travail provoquée par la chute dans les escaliers à 15 jours dans son rapport du 19 juillet 2010.

10. La recourante sollicite plusieurs mesures d'instruction.

a) Si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar

zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

b) En l'espèce, Messieurs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont déjà donné leur version des événements du 29 mars 2010. Quant aux auditions des médecins et de la psychothérapeute, dans la mesure où elles visent à démontrer la subsistance des troubles que la recourante impute à l'événement du 29 mars 2010, elles se révèlent inutiles puisque la prise en charge des suites de cet événement n'incombe en tout état de cause pas à l'intimée. Tel est également le cas des témoignages de son comptable et de Monsieur R\_\_\_\_\_. S'agissant du Dr A\_\_\_\_\_, qui s'est déterminé sur la position de l'intimée, la Cour de céans a déjà exposé les motifs qui la conduisent à s'écarter des hypothèses de ce médecin. L'audition d'un spécialiste de combinaisons de plongée étanche est en outre superflue, le litige ne portant pas sur la possibilité théorique qu'un essai de combinaison conduise à des douleurs cervicales mais uniquement sur la nature accidentelle ou non de l'événement du 29 mars 2010. Enfin, la mise en œuvre d'une expertise ne se justifie pas, dès lors qu'il n'existe aucune raison de remettre en cause les constats des Drs D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

Partant, par appréciation anticipée des preuves, des mesures d'instruction complémentaires ne sont pas indiquées.

11. Eu égard à ce qui précède, la position de l'intimée se révèle fondée. Le recours sera donc rejeté.
12. 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. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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