

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 février 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Neu et Gutmann, assesseur
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Odile Brélaz,
avocate à Lausanne,

et

HELSANA ACCIDENTS SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 4 LPGA, 9 al. 2 OLAA et 11 OLAA

E n f a i t :

A. A._____, née en 1981, danseuse de profession, est assurée auprès d'Helsana Accidents SA (ci-après : Helsana ou la caisse) contre les accidents professionnels et non professionnels du fait de son emploi auprès de la Fondation [...]. Par déclaration de sinistre du 28 mars 2001, l'assurée a annoncé avoir subi, le 22 mars précédent, une élongation ligamentaire à la réception d'un saut. Les suites de cet événement ont été prises en charge par la caisse au titre de l'assurance-accidents, les dernières factures remboursées figurant au dossier remontant au 17 mai 2001.

Dans un rapport du 19 avril 2001, le Dr [...], chirurgien orthopédiste, a relevé la présence de douleurs inflammatoires aiguës à l'avant du pied, sans fracture, dues selon lui exclusivement à l'accident. Une IRM du pied droit a été pratiquée le 10 mai 2001, sur indication de douleurs aiguës dans la voûte plantaire à la réception d'un saut quatre semaines auparavant, par le Dr E._____, radiologue, qui a constaté une fracture à la base du deuxième métatarsien, qu'il suspectait avoir été provoquée par un état de fatigue complété par la continuation du traumatisme quotidien, l'intéressée n'ayant pas cessé de danser malgré ses douleurs.

Par déclaration de sinistre du 17 octobre 2007, l'assurée a annoncé avoir fait un faux mouvement au cours d'une répétition de danse le 22 mars 2001, subissant de ce fait une fracture du métatarse. Un CT-Scan du pied droit réalisé le 25 juin 2007 par les Drs [...] et [...] du Centre hospitalier H._____ a confirmé la présence d'une fracture du deuxième métatarsien du pied droit, non déplacé, sub-aiguë ou sub-chronique.

Le Dr C._____ du Centre hospitalier H._____ a diagnostiqué, le 20 novembre 2007, des séquelles de fracture intra-articulaire de la base du deuxième métatarsien droit. Il relevait que l'intéressée était restée peu symptomatique pendant plusieurs années et

que ses douleurs actuelles, réapparues au cours des derniers mois lors de la pratique de la danse, étaient en rapport avec l'accident subi.

Dans une note du 13 décembre 2007, le Dr V._____, chirurgien orthopédiste et médecin-conseil d'Helsana, a estimé que la fracture était en relation de causalité probable avec l'événement de mars 2001. Il ajoutait que si le facteur déclenchant était considéré comme soudain, il s'agissait d'une fracture assimilée à un accident, tandis que si la douleur était progressive, comme le montrait le CT-Scan de juin 2007, il y avait alors lieu de retenir une fracture de fatigue chez une danseuse, soit une pathologie connue dont la prise en charge relevait de la maladie et non de l'accident.

Par décision du 23 janvier 2008, Helsana a refusé de prendre en charge les suites du sinistre annoncé en octobre 2007, considérant qu'il ne constituait ni un accident ni une lésion corporelle assimilée à un accident, à défaut de facteur extérieur extraordinaire.

L'assurée a formé opposition à cette décision par acte du 12 février 2008, soutenant que l'événement du 22 mars 2001 était bel et bien à l'origine de la fracture de son pied droit. Elle expliquait que lors d'une représentation de danse au printemps 2001, elle avait ressenti une brusque et intense douleur au pied droit suite à la mauvaise réception d'un saut. Elle indiquait qu'une première consultation en urgence avec radiographie n'avait pas permis de poser un diagnostic certain, mais qu'un CT-Scan réalisé trois semaines plus tard avait mis en évidence une fracture du deuxième métatarsien droit. Elle précisait enfin qu'elle n'avait jamais ressenti de douleurs à ce pied auparavant, mais que celles-ci étaient désormais telles qu'elle avait consulté le Dr C._____, lequel était d'avis que « les douleurs actuelles étaient uniquement en relation avec l'accident de 2001 et consécutives à cette fracture probablement mal soignée ».

Par décision sur opposition du 3 juin 2008, Helsana a confirmé sa décision du 23 janvier précédent, estimant que l'assurée devait être

considérée comme rétablie depuis le 17 mai 2001, date du dernier traitement entrepris, et que l'atteinte actuelle relevait d'une fracture de fatigue, du ressort de l'assurance-maladie.

B. A. _____ a recouru contre cette décision sur opposition le 4 juillet 2008, en concluant à son annulation et à la prise en charge par Helsana de la rechute de juin 2007 et de ses suites. Elle allègue que l'événement du 22 mars 2001 a constitué l'élément déclencheur de la fracture au pied droit, qui a toujours été indolore jusqu'alors, et que le saut et sa réception constituent un facteur extérieur générant un risque de lésion accru, de sorte que c'est à juste titre que la caisse a pris en charge cet événement. Elle conteste que le statu quo sine ait été atteint en mai 2001, soutenant que sa blessure n'a pas été soignée correctement et qu'elle n'a jamais été asymptomatique lors de la pratique de la danse durant toutes ces années. Elle se prévaut en outre d'un rapport du Dr C. _____ du 30 juin 2008, lequel atteste le lien de causalité exclusif entre les lésions constatées en 2007 et l'accident de 2001 et précise que les séquelles de la fracture en cause, présentes sous forme de pseudarthrose, peuvent évoluer de manière irrégulière, être beaucoup moins symptomatiques tout en étant accompagnées d'une fibrose importante et se réveiller à chaque fois que des efforts plus importants sont accomplis. Elle considère ainsi qu'il ne s'agit pas d'un nouvel événement mais bien d'une rechute de l'accident de 2001, à charge de l'assurance-accidents.

Dans sa réponse du 2 septembre 2008, Helsana conclut au rejet du recours, faisant valoir que le statu quo sine de l'événement du 22 mars 2001 a été atteint le 17 mai 2001. Elle allègue que cet événement n'a été pris en charge qu'en tant que lésion assimilée à un accident, compte tenu de la suspicion de fracture de fatigue évoquée par le Dr E. _____, précisant à cet égard que l'exigence posée désormais par la jurisprudence d'un risque de lésion accrue n'était pas réalisée à cette époque. Elle soutient en outre que les douleurs actuelles de la recourante résultent d'une nouvelle fracture de fatigue due à la pratique intensive de la danse professionnelle durant six ans jusqu'en juin 2007, de sorte qu'elles ne peuvent être assimilées à un accident. Elle invoque enfin l'avis

du Dr V. _____ du 25 août 2008, selon lequel le lien de causalité entre l'événement de mars 2001 et l'annonce de rechute d'octobre 2007 n'est que possible, pour affirmer que les douleurs dont se plaint l'assurée relèvent de la maladie et non pas de l'accident. Dans son rapport, le médecin-conseil précise en effet ce qui suit (selon la retranscription d'Helsana) :

« - fracture lente en 2001 vue seulement à l'IRM, la radio standard ne montrant rien, ce qui exclut une fracture macroscopique ;
- incapacité de travail courte (du 15 au 29 mai 2001) avec fin de traitement le 18 mai 2001 ;
- depuis lors aucune consultation ni traitement jusqu'au 6 juin 2007 ;
- dans le rapport médical du 10 novembre 2007, le Dr C. _____ note que la patiente a été peu symptomatique jusqu'à ces derniers mois, puis aggravation des plaintes ;
- durant cette période, la patiente a poursuivi la danse professionnelle, soit une activité exigeante pour les pieds.

En conclusion, si en 2001 on a eu une fracture lente, l'évolution à environ deux mois des symptômes était bonne selon le chirurgien orthopédiste spécialiste du pied à l'époque (Dr [...]). Il n'y a pas de consultation pendant cinq ans et poursuite de la danse. Ceci laisse suggérer qu'effectivement la fracture lente de 2001 a dû guérir, car vu les contraintes sur les pieds des danseurs professionnels, lesquelles n'ont jamais été interrompues, il n'aurait pas été possible de travailler normalement si la fracture était toujours présente. On peut donc supposer que l'effort professionnel sur les pieds a fait à nouveau une fracture lente à un moment ou un autre. La causalité (entre l'événement de mars 2001 et l'annonce de sinistre d'octobre 2007) est donc possible.

Nota bene : les danseurs professionnels ont presque toujours mal au pied pour diverses raisons (surcharge). Ce symptôme n'est pas une preuve de continuité avec une fracture préexistante ».

Dans sa réplique du 17 octobre 2008, la recourante soutient que de par sa position au sein d'une compagnie de danse prestigieuse, elle n'avait d'autre choix que de poursuivre son activité malgré la douleur pour ne pas perdre son emploi et qu'elle était suivie par son père médecin depuis mai 2001, lequel lui prescrivait des anti-douleurs lorsque celles-ci n'étaient plus supportables. Elle produit un nouveau rapport du Dr C. _____ du 10 octobre 2008, qui relève un certain nombre d'inexactitudes dans les affirmations de la caisse et comporte les précisions suivantes :

« conformément à l'anamnèse qu'elle m'a livrée, la patiente n'a pas été victime d'une élongation ligamentaire à la réception mais a bel et bien été victime d'une mauvaise réception lors d'un saut et a ressenti une intense douleur dans son pied droit qui l'a obligée à interrompre immédiatement le spectacle du

22.03.2001. Les radiographies réalisées en urgence à ce moment-là n'ont pas permis de mettre en évidence de fracture qui sera diagnostiquée 3 semaines plus tard seulement par une IRM.

Lors de la première consultation chez moi le 06.06.2007 la patiente m'a effectivement indiqué qu'elle avait continué à danser durant toutes ces années en ayant toujours en arrière plan des douleurs à ce pied droit. A ce sujet le rapport mentionne qu'il n'y avait pas eu d'arrêt de travail durant cette période, il faut bien reconnaître que la situation de cette patiente est particulière puisqu'elle exerce un métier dans lequel une absence au travail est pratiquement synonyme de renvoi. Ceci a obligé la patiente à limiter très souvent son activité.

On se rappelle encore que le diagnostic de fracture de fatigue qui avait été évoqué en mai 2001 était une supposition basée sur une IRM qui est connue pour une très mauvaise définition osseuse et uniquement pour une bonne sensibilité en ce qui concerne un processus actif. En confrontant l'anamnèse livrée par la patiente, sa symptomatologie et les examens insuffisants effectués en 2001 pour permettre de poser un diagnostic précis, on est en droit de douter de l'exactitude du diagnostic de fracture de fatigue.

A ceci s'ajoute que le fait qu'une fracture n'ait pas été visualisée sur des radiographies standards à l'époque n'est pas un argument en faveur de l'absence d'une fracture aiguë. En effet, cette région du pied est particulièrement difficile à visualiser sur des radiographies standards et c'est la raison pour laquelle la règle de l'art médical veut qu'on pratique facilement un CT-Scan pour obtenir une bonne définition de cette région, en l'occurrence la base du 2^{ème} métatarsien.

Les images montrées par le CT-Scan du 25.06.2007 parlent effectivement d'une fracture du 2^{ème} métatarsien droit non déplacée d'aspect remanié pouvant évoquer une fracture subaiguë ou subchronique. Cette image correspond bien à un processus évolutif sur plusieurs années et, comme la patiente était asymptomatique avant l'événement brutal du 22 mars 2001, qu'elle a été par la suite toujours un peu symptomatique de son médio-pied, force est de penser que cet événement peut être considéré comme l'unique facteur à l'origine des douleurs présentées par cette patiente.

Finalement, en ce qui concerne l'absence de consultation et de traitement jusqu'au 6 juin 2007, il s'avère que ceci n'est pas exact puisque la patiente a fréquemment consulté son père médecin et que ce dernier lui a prodigué régulièrement des anti-inflammatoires.

Conclusion :

L'apparition brutale de douleurs intenses à la réception d'un saut et nécessitant l'arrêt immédiat du spectacle est une manifestation pour le moins atypique d'une fracture de fatigue et dans un terrain asymptomatique et je suis persuadé d'un événement brutal donc accidentel comme étant la cause de l'affection dont souffre notre patiente.

Parallèlement à ceci le fait qu'il s'agisse d'une fracture de fatigue repose sur une simple supposition puisqu'on ne bénéficie d'aucun document d'imagerie de suivi depuis l'événement de 2001. A ce titre cette argumentation a moins de poids que celle qui accompagne la thèse de l'accident (même si celle-ci manque également d'éléments objectifs permettant de la prouver) car cela signifie qu'on fait la négation de la survenance d'un événement brutal et surtout de l'anamnèse précise livrée par la patiente.

On se trouve donc dans une logique plus proche de la réalité économique que de la réalité éthique ».

Dans sa duplique du 3 novembre 2008, l'intimée confirme ses conclusions. Elle produit un rapport du Dr V. _____ du 3 novembre 2008, dont la teneur est la suivante :

« Je n'ai jamais dit qu'un CT-Scan montre une douleur progressive. On ne peut pas lier un examen radiologique à un symptôme. Quant au syllogisme qu'on veut m'attribuer, j'ai quand même développé quelques arguments pertinents pour justifier mes conclusions.

Comment se fait-il, si une [fracture] survient le 22.3.2001 que la patiente ait pu continuer à danser selon le [rapport médical] de la Dresse E. _____ jusqu'au 15.5.01 où est prescrit pour la première fois une [incapacité de travail]. Cela semble difficile à comprendre dans le cadre d'une [fracture] aigue chez quelqu'un qui met fortement à contribution son pied comme l'affirme son avocat. Médicalement cela est peu plausible.

Au vu de ces remarques, je suis surpris par le [rapport médical] du Dr C. _____ du 10.10.08 alors que ce dernier ne l'a traitée qu'à partir de 2007. Ce dernier ne tient compte que des arguments de la patiente, mais peu des faits objectifs. J'ai de la peine à comprendre médicalement si une fracture aigue est présente à un pied qu'on puisse continuer à danser 7 ans même en se ménageant, et seulement sous AINS. L'argument du renvoi de la place de travail laisse supposer que si l'on danse dans un tel contexte, on ne peut pas le faire à moitié sur une aussi longue période. Le fait aussi que la patiente n'ait pas eu besoin de voir un médecin mais seulement de demander des AINS à son père médecin laisse suspecter que la problématique n'était pas grave. Autrement on peut se poser des questions sur l'éthique professionnelle du père !

Que 2001 ait révélé un problème de surcharge n'est pas exclu, mais en l'absence de contrôle ou d'investigations complémentaires entre 2001 et 2007 cela ne peut être qu'une supposition. Rien ne permet d'affirmer ou d'infirmer que l'inflammation osseuse vue à l'IRM de 2001 a évolué défavorablement sur une aussi longue période.

En conclusion, vu le métier contraignant pour les pieds, on n'a aucune preuve que la lésion chronique constatée en 2007 soit en continuité avec l'événement de 2001 et qu'il n'est pas la conséquence d'une surcharge osseuse survenue plus tardivement. Que la lésion soit survenue dans la même région en 2001 et 2007 n'est pas non plus un argument prépondérant car en se mettant sur les pointes comme le font les danseurs, c'est les 2 à 3 premiers rayons qui sont le plus sollicités. Souvent le 1^{er} rayon résiste car il est plus épais sur le plan osseux que le 2^{ème} ».

Dans leur échange d'écritures subséquent, les parties ont maintenu leurs positions. L'intimée a produit un nouveau rapport du Dr V. _____ du 19 décembre 2008, rédigé comme suit :

« 1) Il est impossible médicalement de nier absolument une évolution défavorable chronique sur une longue période. Mais l'absence de

traitement de 2001 à 2007 laisse quand même suspecter que la patiente avait peu ou pas de gêne. Compte tenu qu'elle est danseuse professionnelle cela serait surprenant qu'une pathologie de type pseudarthrose du pied ait pu passer inaperçue aussi longtemps car ce métier est très exigeant pour les pieds.

Dans un tel contexte, comme on ne peut pas retrouver un cliché ou un examen objectif détaillé durant ces 6 ans, on ne peut pas médicalement être affirmatif à 100% dans un sens ou l'autre. On ne peut qu'émettre une supposition la plus probable possible. Si on le fait, on doit admettre qu'une pseudarthrose asymptomatique sur une aussi longue période, vu la surcharge journalière, n'est pas l'hypothèse la plus probable.

2) Qu'il s'agisse d'une lésion chronique est évident et qu'elle soit d'évolution lente n'est pas contesté. Mais une pseudarthrose ne correspond pas à cette définition puisque c'est une non consolidation qui habituellement empêche la disparition des symptômes. En conséquence on ne peut pas avec une telle lésion aller mieux pendant 6 ans puis rechuter.

3) On ne peut donc pas suivre le raisonnement de la patiente puisqu'il n'existe aucun examen objectif durant 6 ans pour prouver la continuité.

4) Si une nouvelle fracture est survenue, en l'absence de nouvel événement accidentel, il ne peut s'agir que d'une fracture lente (= fatigue). Or selon la dernière définition de l'OLAA 9.2, ce type de fracture ne remplit pas les conditions pour être prise en charge.

5) Le fait d'examiner "a retro" la patiente ne permettrait de toute façon pas de prouver le status qu'elle avait entre 2001 et 2007. Cela n'est donc pas une contradiction ».

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du

droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les troubles subis par la recourante sont en lien de causalité avec l'événement du 22 mars 2001 au-delà du 17 mai 2001.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents, RS 832.202), qui prévoit que pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- a. les fractures ;
- b. les déboîtements d'articulations ;
- c. les déchirures du ménisque ;
- d. les déchirures de muscles ;
- e. les élongations de muscles ;
- f. les déchirures de tendons ;
- g. les lésions de ligaments ;
- h. les lésions du tympan.

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA et 9 al. 1 OLAA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.1).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles telles qu'énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait sollicité le corps, en particulier les membres, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, à l'instar de la pratique de nombreux sports (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes

extérieurs ; cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_194/2009 du 11 août 2009, consid. 4 ; TFA U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 2.2).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque la même maladie se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères, sous réserve des cas de lésions structurelles claires (TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008, consid. 2 ; RAMA 1997 n° U 275 p. 191, consid. 1c ; TFA U 249/05 du 20 février 2006, consid. 1). Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références citées ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327, consid. 2).

La condition du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique

de l'assuré, 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 à la santé 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 ; TF 8C_164/2009 du 18 mars 2010, consid. 4.2).

Si l'on peut admettre qu'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 la survenance de l'accident (statu quo sine) (TF 8C_164/2009 du 18 mars 2010, consid. 4.3 et les références citées). 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »). 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 (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2 et les références citées).

d) 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni 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 circonstanciée, 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 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1 et les références citées).

4. a) En l'espèce, l'intimée soutient que l'événement du 22 mars 2001 a été pris en charge à tort dans la mesure où il s'agissait d'une fracture de fatigue. Elle prétend toutefois qu'à l'époque, l'exigence du risque de lésion accrue posée par la jurisprudence récente n'était pas encore en vigueur au moment de la décision de prise en charge. Or, contrairement à ce que défend la caisse, c'est à juste titre que l'assurance-accidents a pris en charge l'événement initial sur la base de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, le potentiel accru de la dangerosité et de la soudaineté de l'atteinte était réalisé dans le cas particulier par la mauvaise réception du saut qu'avait effectué la recourante lors de la représentation de danse du mois de mars 2001. En outre, l'existence d'une fracture de fatigue n'était qu'une supposition, seul le diagnostic de fracture du deuxième métatarsien du pied droit ayant été posé. L'exigence d'un facteur dommageable extérieur était ainsi donnée. La recourante a par ailleurs ressenti une brusque et intense douleur dans le pied droit et a dû immédiatement interrompre sa prestation. Le fait que la première consultation en urgence n'ait pas révélé immédiatement la fracture n'est pas autrement surprenant, puisque seule une radiographie standard a été effectuée, qui ne permet pas nécessairement de mettre en évidence une telle lésion. Par surabondance, il sied de noter qu'un changement de jurisprudence ne justifie en principe pas une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c) et que la décision initiale de la caisse n'était pas erronée, de sorte que la prise en charge d'éventuelles rechutes est tout à fait admissible, comme il sera exposé ci-dessous.

b) S'agissant de l'annonce de rechute du 17 octobre 2007, celle-ci ne constitue pas un nouvel élément ouvrant l'examen du droit aux prestations, comme le soutient l'intimée, mais bien une suite de l'événement du 22 mars 2001.

L'intimée estime que l'allégation de rechute mise en avant par la recourante, soit de l'existence d'un lien de causalité entre l'événement de mars 2001 et l'annonce du sinistre de juin 2007, n'est pas avérée dans le cas d'espèce. Elle soutient que l'annonce d'octobre 2007 concernait une fracture microscopique du métatarse du côté droit en relation avec l'événement du printemps 2001 et que l'affection annoncée le 28 mars 2001 était définitivement guérie depuis le 17 mai 2001, date correspondant à la survenance du statu quo sine. Elle rappelle en outre que la recourante a ensuite pu pratiquer la danse professionnelle sans interruption jusqu'en juin 2007, sans consultation ou traitement particulier. Aussi, l'annonce de sinistre du 17 octobre 2007 devrait selon elle être considérée comme un nouvel événement ouvrant l'examen du droit aux prestations de l'assurance-accidents et non comme une rechute de l'événement du 22 mars 2001, malgré la référence faite par la recourante à l'événement de 2001 dans sa déclaration de sinistre d'octobre 2007.

Ce raisonnement est erroné. En effet, l'assertion de l'intimée selon laquelle le statu quo sine serait intervenu au mois de mai 2001 n'est pas déterminante dans le cas de rechutes ou de séquelles tardives, contrairement à la question du lien de causalité entre les nouvelles plaintes de la recourante et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré. En effet, les rechutes et les séquelles tardives sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, pouvait être considérée comme guérie (cf. supra, consid. 3c). Il convient donc d'examiner le lien de causalité entre les nouvelles plaintes émises par l'assurée et l'événement de mars 2001.

c) Selon l'avis du Dr V. _____, la fracture lente de 2001 aurait dû guérir, dans la mesure où les contraintes sur les pieds des danseurs

professionnels, jamais interrompues dans le cas particulier, n'auraient pas permis à la recourante de travailler normalement avec une fracture toujours présente. Il suppose donc que l'effort professionnel sur les pieds a à nouveau provoqué une fracture lente à un moment donné, ce qui correspond à un nouvel élément, soit une fracture de fatigue, dont la prise en charge n'incombe pas à l'assurance-accidents. Le Dr V. _____ précise encore que des douleurs continues aux pieds sont courantes chez les danseurs professionnels et ne constituent pas une preuve de continuité avec une fracture préexistante. Toutefois, cette argumentation n'est pas convaincante et fait fi des nombreuses constatations médicales figurant au dossier. En effet, on ne peut pas prétendre, sur la base d'un CT-Scan, que la douleur est progressive de sorte qu'il s'agit d'une fracture de fatigue, alors que le CT-Scan révèle tout au plus une fracture du deuxième métatarsien du pied droit, non déplacé, sub-aiguë ou sub-chronique, mais ne rend pas compte d'une douleur. Le fait d'accepter ou non la notion d'accident n'est pas décisif pour constater l'existence d'un lien de causalité s'agissant d'une rechute et non d'un accident initial. Par ailleurs, il est inexact d'affirmer que la recourante aurait dansé « normalement » pendant toutes ces années, celle-ci n'ayant en réalité jamais été asymptomatique et s'étant vue prescrire des anti-douleurs par son père médecin depuis le mois de mai 2001. Enfin, le Dr C. _____, qui a examiné l'intéressée à plusieurs reprises, se dit persuadé que l'événement brutal de mars 2001 est à l'origine de l'affection dont souffre aujourd'hui sa patiente.

En 2001, le diagnostic de fracture à la base du deuxième métatarsien a été posé et, en 2007, celui de fracture du deuxième métatarsien du pied droit, non déplacé, sub-aiguë ou sub-chronique. Le Dr C. _____ a exposé, dans son rapport du 30 juin 2008, que les séquelles de la fracture de mars 2001 se présentaient sous la forme d'une pseudarthrose et que ce type de pathologie pouvait très bien évoluer de manière irrégulière, être beaucoup moins symptomatique, tout en étant accompagnée d'une fibrose importante et se réveillant à chaque fois que des efforts plus importants étaient accomplis. Selon le Dr V. _____, le fait qu'il n'y ait pas eu de consultation pendant cinq ans et que l'assurée ait

poursuivi la danse confirmerait que la fracture lente de 2001 aurait dû guérir. Il explique les douleurs qu'aurait ressenties la recourante pendant cette période par le fait que les danseurs professionnels ont presque toujours mal au pied pour diverses raisons et que ce symptôme n'est pas une preuve de continuité avec une fracture préexistante. Cette hypothèse paraît toutefois moins vraisemblable que celle émise par le Dr C._____. En effet, il est plus probable que l'unique facteur à l'origine des douleurs présentées par l'assurée soit précisément cette fracture préexistante, qui présente plusieurs micro-fragments osseux faisant penser à une pseudoarthrose. D'autre part, la version de la recourante selon laquelle elle devait continuer à danser, certes en essayant de se ménager et avec la prise régulière d'anti-inflammatoires prodigués par son père médecin, à défaut de quoi elle serait renvoyée, paraît tout à fait vraisemblable. Comme le relève le Dr V._____, les danseurs professionnels ayant presque toujours mal aux pieds, il est difficilement concevable que la recourante, habituée à la douleur en tant que sportive professionnelle, ne pourrait pas continuer sa passion avec l'aide d'une médication adaptée lors de périodes où la pathologie symptomatique serait moins forte.

Au vu de ces éléments, il y a donc lieu de retenir que la fracture de mars 2001, associée à la pratique de la danse, a provoqué l'atteinte à la santé de 2007 et se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

d) De surcroît, le Dr V._____ admet toutefois, dans son rapport du 3 novembre 2008, que rien ne permet d'affirmer ou d'infirmier que l'inflammation osseuse constatée à l'IRM de 2001 a évolué défavorablement sur une aussi longue période. Il reconnaît dès lors qu'une telle évolution est envisageable, mais moins probable, selon lui, qu'une nouvelle fracture de fatigue. Il qualifie également la lésion constatée en 2007 de chronique, ce qui confirme l'avis et les constatations du Dr C._____ en ce sens qu'il s'agit d'une évolution lente et continue et non de plusieurs événements accidentels indépendants. Il est par conséquent hautement vraisemblable qu'il s'agit de la même fracture en 2001 et 2007 toujours présente sous forme de pseudarthrose, non

consolidée en 2007. Au demeurant, la preuve que la lésion corporelle concernée est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs n'est pas établie.

5. Au vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé et doit être admis, la décision attaquée étant réformée en ce sens qu'Helsana est tenue de prendre en charge la rechute de juin 2007 et ses suites.

La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition du 3 juin 2008 est réformée en ce sens qu'Helsana Accidents SA doit prendre en charge la rechute subie par A. _____ de juin 2007 et ses suites.

- III.** Helsana Accidents SA versera à A. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Odile Brélaz, avocate (pour A. _____)
- Helsana Accidents SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :