

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 septembre 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Thalmann et M. Pittet, assesseur
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

R. _____, à Nyon, recourante,

et

A. _____ **SA**, à Zurich, intimée.

Art. 4 LPGA; 6 LAA, 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée), née en 1979, travaillait comme salariée au bénéficiaire d'un contrat de travail et était assurée à ce titre auprès de A._____ SA (ci-après : l'assureur) pour les accidents professionnels et non-professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (ci-après : LAA).

Dans une déclaration de sinistre LAA signée le 29 janvier 2013, l'assurée a indiqué avoir subi un accident le 27 janvier 2013, à 11h45, en le décrivant comme il suit : "Cours d'un échauffement physique de danse, a ressenti une forte douleur partant de la fesse droite jusqu'au bas de la cuisse (musculaire ?)". Elle a précisé que la blessure se trouvait sur la cuisse arrière droite (muscle), en posant un point d'interrogation après la question relative au type de lésion.

Dans une lettre du 7 février 2013, le Dr F._____, du Centre Imagerie Nyon, a constaté notamment ce qui suit :

"Indication

Status après probable élongation musculaire racine cuisse-abducteur et ischio-jambiers à D le 27.01.13. Douleurs et impotence.
(...)

Conclusion

Bilan IRM objectivant des séquelles secondaires à la traction sur l'insertion haute ischiatique du tendon du muscle semi-tendineux, associant une petite rupture partielle équivalente à un claquage proche de la jonction, s'étendant sur environ 2,2cm."

L'assureur a adressé le 12 février 2013 un questionnaire à l'assurée, qui y a répondu le 16 février 2013 en indiquant qu'elle était incapable de travailler et en précisant notamment :

"2. Déroulement : Comment s'est déroulé l'événement qui a provoqué cette lésion corporelle (donnez une description détaillée et précise):
Déjà échauffée depuis au moins 20 mins. Je pratique de manière douce mes écarts latéraux. Je reprends ce même exercice pour la 2^{ème} fois. Je descends en grand écart, au sol. Une fois au sol, 5 secondes après, je sens

mon muscle de la cuisse droite sortir de sa trajectoire avec une décharge électrique jusqu'au genou droit.

2.1 Que s'est-il passé de spécial lors de cet événement ?

A mes yeux rien de spécial. Je pratique la danse depuis l'âge de 4 ans en appliquant les mêmes rituels au niveau des exercices de souplesse.

(...)

3. Avez-vous déjà eu des problèmes de santé avant l'événement du 27.01.2013? (...)

Pas de problème de santé avant le 27.01.2013.

4. Quand les problèmes de santé se sont-ils manifestés après l'événement du 27.01.2013 ? (...)

Ma blessure sportive a été instantanée lors de mon 2^{ème} grand écart. Choc musculaire 5 secondes après l'exercice au sol. (...)"

Par lettre du 11 mars 2013, l'assureur a refusé de verser ses prestations en l'absence d'un accident. Il a exposé qu'aucun événement exceptionnel ne s'était produit, que l'exercice s'était déroulé dans des conditions normales et que l'assurée effectuait le mouvement pour la deuxième fois.

Par lettre du 15 mars 2013, l'assurée a contesté le refus de l'assureur, en se fondant sur le rapport d'imagerie par résonance magnétique [IRM] annonçant une petite rupture partielle équivalente à un claquage proche de la jonction, d'environ 2,2 cm.

Par décision du 20 mars 2013, l'assureur a nié l'existence d'un accident en l'absence d'un facteur extérieur extraordinaire, en rappelant que, lors de déchirures de tendons, déchirures ou elongations de muscle, la lésion devait avoir été causée par un effort dépassant ce qui est physiologiquement normal et maîtrisé pour admettre la présence d'un accident (arrêt U 62/04 du 11 mai 2004).

Dans une lettre du 28 mars 2013, l'assurée a contesté la décision de refus de prendre en charge les conséquences de l'événement du 27 janvier 2013.

Le 4 avril 2013, l'assurée a adressé à l'assureur une lettre du 28 mars 2013 dans laquelle le Dr I. _____ s'est exprimé de la manière suivante :

"Je me réfère à votre question regardant le refus de la A. _____ SA dans la pathologie de votre membre inférieur droit.

J'ai revu les images de l'examen IRM personnellement et avec des collègues radiologues.

Il apparaît que les images sont pathologiques.

Les images sont caractérisées par une altération du signal au niveau de l'insertion sur l'ischion des muscles ischio-jambiers.

Cette altération de signal est correspondante à une déchirure de la musculature s'insérant sur la tubérosité ischiatique. Ceci est décrit dans la description de l'IRM.

La conclusion reprend un terme de claquage.

Ce terme correspond à : Le claquage correspond à une déchirure musculaire (...).

Synonyme : déchirure musculaire (...)

Les circonstances de cette déchirure musculaire ne me paraissent pas adéquatement décrites dans la décision de la A. _____ SA. En effet vous n'étiez pas au sol mais suspendue sur des plots.

Cette position vous a fait perdre la coordination de vos mouvements."

Par décision sur opposition du 30 avril 2013, l'assureur a confirmé la décision du 20 mars 2013 au motif qu'il n'existait aucune cause extérieure extraordinaire (art. 4 LPGA). Il a reconnu qu'on était en présence d'une déchirure musculaire (art. 9 al. 2 OLAA), mais constaté que le déroulement des faits conduisait à admettre qu'aucun événement extérieur déclenchant, objectivable n'était donné. L'assureur s'est référé en particulier à deux arrêts, l'un relatif au cas où l'assuré effectuait des exercices au sol avec un élastique (TF 8C_74/2007 du 7 novembre 2007) et l'autre où l'assurée pratiquait des exercices physiques selon la méthode de Pilates (TF 8C_546/2010 du 22 février 2011) pour nier qu'un potentiel de dangerosité élevé ait été inhérent à l'activité exercée par l'assurée. Enfin, l'assureur a mentionné un arrêt 8C_707/2010 du 6 décembre 2010 dans lequel le Tribunal fédéral avait nié l'existence d'un facteur déclenchant dans le cas d'un cavalier qui, en voulant enfourcher un cheval, avait ressenti des douleurs en étendant la jambe.

B. Par acte du 16 mai 2013, R. _____ a recouru contre la décision sur opposition en concluant que son cas soit intégralement pris en charge par l'assureur accidents. Elle a exposé notamment :

"Dans les faits, le 27 janvier 2013 je me suis présentée pour une compétition de danse. Je me suis échauffée avant de pouvoir me présenter sur scène. Lors de l'échauffement, que j'avais commencé depuis environ 20 minutes, j'ai effectué des exercices d'assouplissement, les grands écarts latéraux. Je le fais une première fois de chaque côté. Puis je reprends l'exercice, en ajoutant deux éléments supplémentaires, soit 2 plots de yoga (dimensions : env. 7,5 x 22,5 x 12,5 cm) afin d'être suspendue entre ceux-ci. Au moment de descendre en grand écart au sol, je ressens une décharge électrique partant de l'arrière de ma cuisse droite ainsi que sur toute sa longueur. La sensation que le muscle est sorti de sa trajectoire.

Lorsque j'ai exposé les faits par le biais d'une déclaration d'accident auprès de la A. _____ SA, j'ai omis de manière involontaire de préciser que lorsque je me suis retrouvée en grands écarts pour la deuxième fois, j'étais suspendue à l'aide de 2 plots de yoga, de manière douce, ce qui signifie que l'assouplissement n'a pas été violent mais que cette position surélevée m'a fait perdre la coordination des événements, respectivement l'équilibre.

Ma partenaire de danse, S. _____, pourra au besoin témoigner sur le déroulement des événements ayant conduit à l'accident.

(...) d'après moi, les plots de yoga peuvent être considérés comme événement extérieur déclenchant."

Dans sa réponse du 6 juin 2013, A. _____ SA a conclu au rejet du recours en relevant notamment que, si les déclarations de l'assuré variaient au cours du temps, ce sont aux indications spontanées de la première heure que revenait en général la priorité (ATF 121 V 47 consid. 2a).

La réponse a été communiquée le 6 juin 2013 à la recourante, qui n'a pas procédé dans le délai imparti.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Il convient d'examiner si l'événement du 27 janvier 2013 doit être qualifié d'accident (art. 6 LAA et 4 LPGA) ou de lésion assimilée à un accident en application de l'art. 9 al. 2 OLAA, ce qui entraînerait la prise en charge de ses suites par l'assureur-accidents.

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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).

Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées; TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 3).

Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1; 121 V 35 consid. 1a et les références citées). Le critère du facteur extérieur

extraordinaire 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 du mouvement est influencé par un phénomène extérieur ("mouvement non programmé"). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références citées).

Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 183 consid. 4.1 in fine; 1999 n° U 345 p. 420 consid. 2b). Tel est en outre le cas 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 (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) (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2; TF 8C_194/2009 du 11 août 2009 consid. 4; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

b) Selon 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. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- 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.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et 116 V 145 consid. 2b). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie.

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 (cf. art. 4 LPGA). 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, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Dès lors, il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_696/2007 du 27 octobre 2006 c. 4.2 et les références).

En l'absence d'une cause extérieure, 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; 123 V 43; TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1).

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 requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent en effet pas une cause dommageable extérieure en tant que celle-ci présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme. La notion de cause extérieure suppose donc 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 (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; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2. p. 470; TF 8C_537/2011 précité).

c) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les

références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

En particulier, celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblables l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas. S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 140 consid. 4b et les références; TF U 67/05 du 24 mai 2006 consid. 3.2).

4. a) Il est établi que la recourante a subi une déchirure musculaire lors d'un échauffement de danse, le 27 janvier 2013. Dans la déclaration de sinistre du 29 janvier 2013, la recourante a indiqué qu'au cours de cet échauffement, elle avait ressenti une forte douleur. Invitée à décrire de manière précise et détaillée le déroulement de l'événement dans le questionnaire de l'intimée, elle a répondu le 12 janvier 2013 qu'elle s'était déjà échauffée depuis au moins vingt minutes, qu'elle avait pratiqué de manière douce ses écarts latéraux, avait repris le même exercice pour la seconde fois et était descendue en grand écart au sol, enfin qu'une fois au sol, cinq secondes après, elle avait senti le muscle de sa jambe droite "sortir de sa trajectoire" avec une décharge électrique jusqu'au genou droit. Elle a précisé qu'il ne s'était rien passé de spécial

lors de cet événement et qu'elle avait pratiqué la danse depuis l'âge de quatre ans en appliquant les mêmes rituels au niveau des exercices de souplesse, sans connaître de problèmes de santé avant le 27 janvier 2013 (réponse aux questions 2 et 2.1). Elle a répété que sa blessure sportive avait été instantanée lors du second grand écart, avec un choc musculaire cinq secondes après l'exercice au sol (réponse à la question 4).

Dans son acte de recours du 16 mai 2013, la recourante a ajouté pour la première fois deux éléments de fait supplémentaires, à savoir la présence de deux plots de yoga afin d'être suspendue entre eux et le fait que cette position surélevée lui avait fait perdre la coordination de ses mouvements, respectivement l'équilibre. Ces affirmations ne concordent toutefois pas avec celles que la recourante avait fait précédemment, tant dans la déclaration de sinistre que dans ses réponses au questionnaire de l'assureur. En présence de deux versions différentes au sujet des circonstances d'un accident, il faut, selon la jurisprudence, donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; RAMA 2004 no U 515 p. 420 consid. 1.2). Dans le cas particulier, il se justifie d'autant plus de retenir les premières déclarations de l'assurée qu'on ne comprend pas pourquoi la recourante aurait omis de mentionner une position en équilibre entre deux plots de yoga et une perte d'équilibre, pour mentionner plutôt une blessure survenue cinq secondes après qu'elle soit descendue en grand écart au sol. La recourante le mentionne même à deux reprises dans ses réponses au questionnaire de l'intimée. Dans ces circonstances, l'existence d'un facteur extérieur justifiant d'admettre la survenance d'un accident ou d'assimiler la lésion subie à un accident ne peut être retenue.

b) La recourante requiert l'audition d'un témoin de l'événement. La Cour de céans peut toutefois se dispenser d'administrer cette preuve (appréciation anticipée des preuves; ATF 136 V 229 consid. 5.3; 124 V 90 consid. 4b). En effet, même à supposer que la recourante se soit effectivement blessée alors qu'elle utilisait des plots de yoga, une

perte d'équilibre ou un défaut de coordination ne pourrait pas être établi par un témoignage. On voit mal que le témoin cité puisse indiquer, d'une manière fiable, si la blessure serait survenue avant la perte d'équilibre alléguée ou si, au contraire, une telle perte d'équilibre aurait résulté de la blessure. Le Dr I._____, médecin traitant, ne peut pas davantage l'attester de manière probante, en particulier dans sa lettre du 28 mars 2013 où il ne fait que reproduire les explications de sa patiente. Or, en l'absence d'une telle perte d'équilibre, la seule utilisation des plots de yoga pour un exercice d'assouplissement très progressif ne constitue de toute manière pas un facteur extérieur pouvant justifier d'assimiler la lésion subie par la recourante à un accident. A fortiori la survenance d'un accident au sens des art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA doit-elle être exclue également.

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 30 avril 2013 par A._____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme R. _____, personnellement,
- A. _____ 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).

Le greffier :