

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Moyard et M. Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

N._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Eric Muster, avocat
à Lausanne,

et

J._____, à Lausanne, intimée,

Art. 4 LAA, 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, était employée auprès de la société V._____ (ci-après : l'employeur) comme conseillère de vente depuis le 4 novembre 2009. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents auprès de J._____ (ci-après : J._____ ou l'intimée). Son employeur avait également conclu auprès de cette même assurance un contrat collectif couvrant la perte de salaire en cas de maladie.

Le 10 mai 2012, le Dr A.D._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin auprès du Centre d'urgence de [...] a prescrit à l'assurée un arrêt de travail, jusqu'au 16 mai 2012, pour cause de « maladie ». Le 16 mai 2012, le Dr B.D._____, médecin traitant, a attesté la continuation de l'incapacité de travail avec reprise prévue le 21 mai 2012 ; le 22 mai 2012, ce médecin a attesté la continuation de l'incapacité « pour cause d'accident », pour une durée indéterminée.

Le 12 juin 2012, l'employeur a complété un formulaire « annonce de maladie, assurance maladie collective », à l'attention de J._____, indiquant que l'assurée avait interrompu le travail le 10 mai 2012, pour cause de maladie. Dans un rapport médical du 13 juin 2012 à J._____, le Dr A.D._____ a posé le diagnostic de « déchirure musculaire jumeau interne mollet G [gauche] » et indiqué que le traitement avait débuté le 10 mai 2012. Il a précisé que cette affection s'était manifestée pour la première fois une semaine avant cette consultation. Il a indiqué qu'il s'agissait d'un accident. Dans un rapport médical du 15 juin 2012, le Dr B.D._____ a quant à lui diagnostiqué un « claquage musculaire du mollet gauche en descendant les escaliers » et précisé que cette affection s'était manifestée pour la première fois le 7 mai 2012. Il a indiqué qu'il s'agissait à son sens d'un accident.

Il ressort ce qui suit d'un courriel du 20 juin 2012 envoyé par une assistante en ressources humaines de l'employeur à J._____ :

« Lors de la survenance de l'évènement, Mme N. _____ m'a très clairement dit que son cas (déchirure du muscle du mollet) était de l'ordre de la maladie, et qu'elle en avait parlé avec le médecin de [...]. Selon elle, il n'y a pas eu de chute ou de coup, mais [...] elle a ressenti une vive douleur au mollet. Suite à sa première visite, le Dr B.D. _____, son médecin traitant, lui a fait un certificat arrêt accident. Lorsque je lui ai demandé la raison, elle m'a dit que c'était une erreur et qu'elle allait le faire changer, chose que le Dr B.D. _____ a fait.

Aujourd'hui elle m'appelle pour me dire que le Dr B.D. _____ lui a dit que finalement son cas relève de l'accident. Elle m'a dit que lors de l'évènement, elle s'est tordue la cheville en descendant les escaliers et qu'elle n'est pas tombée car elle s'est rattrapée à la main courante.

[...] ».

A la demande de J. _____, l'assurée a décrit, le 4 juillet 2012, les circonstances de l'évènement du 10 mai 2012. Elle a expliqué ce qui suit :

« En date du 10.05.2012, vers 14 h 00, je descendais rapidement les escaliers du [...], quand, en arrivant sur le palier, j'ai soudain perçu un claquement sonore et une très vive douleur sur l'arrière du mollet gauche. Je ne pouvais plus poser le pied à terre et suis allée consulter aux urgences de la Clinique [...] en taxi. Pour expliquer cette lésion, j'ai apparemment posé mon pied de travers sur la dernière marche d'escaliers.

Quelques jours avant, j'avais consulté mon généraliste (Dr. B.D. _____) pour une douleur au mollet gauche que l'on a attribuée à la fatigue liée à mon activité (position debout toute la journée, nombreux déplacements) ».

Dans un rapport médical du 4 septembre 2012 à l'intention du médecin-conseil de [...], le Dr B.D. _____ a posé le diagnostic de rupture sub-totale sur plus de 3 cm de hauteur du tendon gastronémien de la jambe gauche. Il a précisé ce qui suit :

« Elle avait repris son travail à temps partiel, alors qu'une amélioration s'était produite, mais devant la persistance puis l'aggravation des douleurs, j'ai demandé un IRM qui a permis de préciser le diagnostic mentionné ci-dessus.

Il y a donc eu au début de la symptomatologie un très probable claquage musculaire, et l'aggravation des douleurs est en rapport avec la rupture du gastronémien lors de la reprise du travail.

Cette patiente sera vue prochainement par notre Confrère le Docteur F. _____, qui pourra juger de l'indication à une éventuelle intervention chirurgicale.

En ce qui concerne l'incapacité de travail voici les précisions demandées :

- 100% du 08.03.12 dès 17h puis selon les attestations remises à l'employeur que vous avez reçues.
- A nouveau 100% depuis le 03.09.12 dès 15h30 les douleurs ne permettant pas à votre assurée de poursuivre son travail.

Je ne manquerai pas de vous tenir au courant de l'évolution.

La durée de l'incapacité de travail actuelle dépendra du traitement ».

Dans un rapport du 11 septembre 2012 au Dr B.D._____, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a écrit ce qui suit :

« Je vous remercie de m'avoir adressé votre sympathique patiente vendeuse et chanteuse que j'ai vue à ma consultation le 11 septembre 2012. Elle a présenté une violente douleur dans le mollet gauche, avec impotence fonctionnelle à l'occasion d'un mouvement un peu brusque, hématome à la cheville par la suite, diagnostic d'un claquage du mollet gauche, traitement conservateur. Arrêt de travail deux mois comme vendeuse. Reprise progressive du travail, persistance des douleurs du mollet, mécaniques, rendant impossible la course à pieds pratiquée occasionnellement avant l'accident. Une IRM récente montre une déchirure de l'aponévrose du gastrocnémien interne, vous me l'adressez pour avis. Les douleurs sont décrites sur la face postérieure du mollet gauche, irradiant un peu dans la cuisse, un peu continue, exacerbées à l'effort. Apparition de douleurs occasionnelles du mollet droit. Bonne santé habituelle, pas de médication.

Cliniquement, bon état général, mince. Mobilité des hanches, des genoux, des chevilles et des pieds sans particularité des deux côtés. Douleurs électives à la palpation du gastrocnémien interne gauche, un tout petit peu d'Achille, mais beaucoup plus modérément. On palpe un petit defect dans le gastrocnémien interne gauche.

Il s'agit d'une banale déchirure de l'aponévrose du gastrocnémien ne justifiant aucune indication chirurgicale. Je l'ai rassurée sur le côté bénin de cette pathologie qui peut parfois durer longtemps, et je lui ai prescrit des anti-inflammatoires topiques et un peu de physiothérapie essentiellement axée anti-inflammatoire, le stretching et des ultrasons. Je lui ai expliqué qu'il fallait également qu'elle pratique le stretching sur son mollet opposé. Je la reverrai en contrôle dans deux mois. Je vous laisse gérer la problématique de l'arrêt de travail ».

Par certificat médical du 1^{er} octobre 2012, le Dr B.D._____ a attesté la continuation de l'incapacité de travail pour une durée indéterminée (depuis le 2 octobre 2012).

Le 5 octobre 2012, J._____ a communiqué le cas de l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) pour détection précoce.

Dans un nouveau rapport du 16 octobre 2012 complété à la demande de J._____, le Dr B.D._____ a expliqué ce qui suit :

« Vous avez en mains notre rapport du 4 septembre dernier ainsi que les attestations d'incapacité de travail remises à son employeur, à savoir 100% d'incapacité de travail dès le 8 mars 2012, dès 17 heures, suite à une chute en descendant les escaliers dans le cadre de son travail, sans faute de sa part, ni facteur de risque externe. Sous AINS, physiothérapie, antalgiques, les douleurs n'ayant guère diminué. Un examen IRM effectué par notre confrère le Dr [...] au [...] a mis en évidence une rupture sub-totale sur plus de 3 cm de hauteur du tendon gastronémien de la jambe gauche, ce qui est la cause de ses douleurs et de ses difficultés à la marche. Cet examen a donc confirmé le diagnostic proposé par [...] du 10 mai de cette année datant de 1 semaine avant la dite consultation. Je l'ai adressée au Dr F._____ qui l'a examinée le 15 septembre dernier et qui vous a adressé un double de son rapport, dans lequel il est précisé que la pathologie dont souffre Madame N._____ peut durer longtemps.

Lors du dernier contact que j'ai eu avec votre assurée, elle me signale que les douleurs sont encore présentes d'intensité peu diminuées depuis le début de l'accident.

Je l'ai observée à son insu à l'extérieur alors qu'elle quittait mon cabinet et il me paraît invraisemblable qu'elle majore sa symptomatologie, en particulier la boiterie. Il n'y a pas d'autre cause à son incapacité de travail que la déchirure mentionnée et les douleurs provoquées par la déchirure

Le traitement proposé par le Dr F._____ est fidèlement suivi, y compris les exercices de stretching à domicile, et les séances de physiothérapie.

En conclusion, il n'est actuellement pas possible de prévoir la durée de l'incapacité de travail en cours, mais une reprise de son activité de conseillère est possible dans un avenir difficile à préciser.

Je vous propose de vous renseigner à votre demande dans 1 mois, le Dr F._____ ne prévoyant pas de revoir Madame N._____ avant décembre prochain. Il n'y a pas lieu d'envisager une activité professionnelle autre que celle exercée jusqu'au moment de l'accident.

Une activité en position assise pourrait être envisagée, mais d'une part sa formation dans le domaine d'activités de bureau n'est pas suffisante, d'autre part, la maison qui l'emploie n'a pas besoin aux dires de votre assurée, de personnel supplémentaire.

Vous trouverez en annexe copie du rapport d'IRM du mollet gauche ».

Dans un rapport de détection précoce du 17 octobre 2012, l'OAI a notamment noté ce qui suit :

« En date du 10.05.2012, l'assurée a eu un accident sur son lieu de travail en chutant alors qu'elle descendait les escaliers. Une déchirure du mollet gauche a été diagnostiquée.

Etant donné qu'elle continuait à avoir de nombreuses douleurs, elle a demandé à passer un IRM qui a eu lieu le 31.08.2012 et qui a révélé une autre déchirure supplémentaire de 3 cm. La grandeur de celle-ci a fortement surpris son médecin car en général elle peut s'observer plutôt chez les sportifs en plein effort. Le Dr F. ____ a déclaré qu'aucune opération n'était [...] envisageable pour ce type de déchirure.

Après réflexion, l'assurée s'est souvenue d'une autre chute qu'elle a faite sur son lieu de travail le 24.12.2011 alors qu'elle se déplaçait à vive allure pour servir un client. A cette époque, elle a consulté son [médecin traitant] et a été en [incapacité de travail] durant 2 semaines mais aucun examen approfondi n'avait été entrepris ».

Par courrier du 18 octobre 2012, l'OAI a invité l'assurée à déposer une demande de prestations AI.

Par courriers des 29 octobre et 5 novembre 2012, J. _____ a informé l'employeur qu'elle servait des indemnités journalières pour « l'accident professionnel du 10.05.2012 », pour une incapacité de travail de 100% du 3 septembre au 31 octobre 2012 et de 25% du 16 août au 2 septembre 2012.

A la demande du médecin-conseil de J. _____, une échographie de du mollet gauche a été pratiquée le 1^{er} novembre 2012 par le Dresse [...], spécialiste en radiologie, qui a conclu à la persistance de signes de déchirure étendue de la partie proximale du tendon des gastrocnémiens sur une hauteur d'environ 4 cm, où le tendon était épaissi et d'échostructure très hétérogène. Il n'y avait pas de lame ou collection liquidienne péri-tendineuse.

Dans un rapport du 1^{er} novembre 2012 au médecin-conseil de J. _____, le Dr B.D. _____ a expliqué que l'assurée avait encore beaucoup de douleurs lorsqu'elle se déplaçait, et qu'il n'y avait pas de poste à son travail où elle pouvait travailler en position assise. Une tentative de reprise du travail s'était soldée par un échec vu l'impossibilité de pouvoir se déplacer et exécuter ses tâches de manière efficace. Il a

attesté la continuation de l'incapacité de travail et que la prochaine consultation aurait lieu en décembre.

J._____ a versé des indemnités journalières au titre de l'assurance-accidents obligatoire pour le mois de novembre 2012.

L'assurée a déposé une demande de prestations AI le 19 novembre 2012.

Le 20 novembre 2012, le Dr B.D._____ a écrit au médecin-conseil de J._____ pour l'informer que l'incapacité de travail se poursuivait pour une durée encore indéterminée, la situation n'évoluant guère, et que l'employeur avait licencié l'assurée pour le 31 janvier 2013.

Dans un rapport médical à l'OAI du 30 novembre 2012, le Dr B.D._____ a écrit que l'assurée s'était déchiré la partie proximale du tendon des gastronémiens sur 4 cm, en descendant un escalier au travail. Il a attesté la continuation de l'incapacité de travail avec prochaine consultation au début du mois de janvier 2013. J._____ a versé des indemnités journalières au titre de l'assurance-accidents obligatoire pour les mois de décembre 2012 et janvier 2013.

Par projet de décision du 24 janvier 2013, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, constatant un taux d'invalidité de 16.35%. L'OAI a retenu qu'elle présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes : pas de longues marches, pas d'escaliers, pas d'accroupissements ni agenouillements, pas de longues stations debout), comme caissière ou employée de production.

Par courrier du 6 février 2013, J._____ a informé l'assurée qu'elle mettait fin à ses prestations avec effet au 1^{er} mars 2013, considérant que dès cette date, sa capacité de travail était de 100% et l'invitait à s'annoncer à sa Caisse de chômage.

Le 14 février 2013, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de J._____, a informé le Dr B.D._____ qu'il avait recommandé à cette dernière de mettre fin au rapport de causalité avec l'accident mais surtout avec l'incapacité de travail à compter du 28 février 2013, constatant notamment que l'assurée souffrait occasionnellement de lombalgies et qu'une rupture de l'aponévrose du gastrocnémien devait être consolidée au maximum en 6 mois.

Selon un rapport d'IRM de la jambe gauche de l'assurée du 20 février 2013, des signes inflammatoires persistaient au pourtour de la déchirure étendue de la partie proximale du tendon gastrocnémien et il y avait des signes de déchirure de la partie supérieure du muscle soléaire.

Le 26 février 2013, le Dr B.D._____ a répondu au Dr C._____ que vu la persistance de signes inflammatoires au pourtour de la déchirure du tendon gastrocnémien et les signes nouveaux de déchirure de la partie supérieure du muscle soléaire, contrairement à ce que l'on pouvait espérer, les suites de l'accident du 10 mai 2012 n'étaient pas terminées.

Par décision du 5 mars 2013, l'OAI a confirmé son projet du 24 janvier 2013.

Le 10 avril 2013, J._____ à écrit notamment ce qui suit à l'assurée :

« Notre siège médical a pris connaissance de l'ensemble de votre dossier ainsi que celui qui a été instruit par l'assurance-invalidité, Vevey.

Dès lors, nous vous infirmons que nous maintenons la décision qui vous a été adressée le 06.02.2013 ».

Par certificat médical du 19 avril 2013, le Dr B.D._____ a attesté la continuation de l'incapacité de travail pour une durée indéterminée.

Par décision du 3 mai 2013, J. _____ a écrit ce qui suit :

« Après réexamen approfondi de votre cas, nous constatons que c'est à tort que nous l'avons pris en charge au titre de l'assurance-accidents.

Votre employeur nous en avait fait part, par déclaration de MALADIE du 12.06.12. Par courriel du 19.06.12, celui-ci nous avait annoncé que vous considériez désormais le cas comme un accident. Afin de clarifier les faits, notre expert en dommages, [...], vous a rencontrée le 04.07.12. Vous lui avez alors expliqué que vous aviez ressenti une vive douleur au mollet gauche en arrivant sur le palier d'un escalier, après en avoir descendu rapidement les marches. Vous avez en outre confirmé que quelques jours auparavant - le 07.05.12 selon les indications du Dr B.D. _____ - vous aviez consulté ce médecin en raison d'une douleur à ce même mollet apparue progressivement.

Un assuré peut faire valoir un droit aux prestations de l'assurance-accidents lorsque l'événement qu'il invoque correspond à la définition d'un accident au sens de l'art. 4 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales.

Selon cette disposition, constitue un accident toute atteinte dommageable soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale. Si une seule des conditions énumérées fait défaut et qu'il ne s'agisse pas d'une lésion indemnisable en vertu d'autres dispositions (art. 9 de la loi sur l'assurance accidents ou 9.2 de l'ordonnance y relative), la J. _____, en tant qu'assureur-accidents, n'a pas à intervenir.

Les affections qui surviennent à l'occasion d'efforts, gestes ou mouvements ordinaires de la vie courante ne sont pas à considérer comme des événements accidentels, en l'absence d'un fait imprévisible ou inattendu d'origine externe, comme un coup, une chute ou une glissade. La preuve de la survenance de l'une ou l'autre de ces éventualités n'étant pas démontrée, le cas ne constituait pas un accident.

Certaines lésions, comme les déchirures musculaires, sont considérées comme accidentelles même en l'absence de circonstances extraordinaires ; elles doivent toutefois avoir été causées par un facteur extérieur déterminé d'une certaine intensité. Lorsqu'elles surviennent à l'occasion d'une activité quotidienne banale - ici descendre un escalier - elles ne constituent pas des lésions assimilées à un accident selon l'art. 9.2 de l'ordonnance.

Au surplus, étant donné la présence de douleurs au même niveau plusieurs [jours] auparavant, la lésion préexistait de toute manière à l'événement du 10.05.2012.

Nous aurions par conséquent dû décliner toute intervention dans cette affaire, qui relève de l'assurance-maladie. Nous ne reviendrons pas sur les prestations déjà allouées mais devons décliner toute nouvelle prestation.

Nous transmettons en conséquence copie de la présente ainsi que de l'ensemble de notre dossier à la caisse compétente, soit le [...] vous voudrez bien vous adresser désormais pour vos frais de traitement ».

Le 31 mai 2013, l'assurée, par son conseil, Me Eric Muster, s'est opposée à la décision du 3 mai, concluant à la prise en charge des suites de la déchirure musculaire, dès leur survenance et jusqu'à la fin de l'incapacité de travail, laquelle perdurait. Elle a fait valoir, en substance que la déchirure du tendon gastrocnémien devait être qualifiée d'accident sur la base de l'art. 9 al. 2 let. d OLAA, arguant que cette atteinte avait été causée par un évènement soudain et involontaire, à savoir en descendant rapidement les escaliers, et qu'au titre de cette disposition, la preuve de l'existence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire n'était pas requise, de sorte qu'il importait peu que le fait de descendre les escaliers soit une activité banale.

Par décision sur opposition du 13 mars 2014, J._____ a confirmé sa décision du 3 mai 2013. Elle a retenu en substance que l'évènement du 10 mai 2012 ne pouvait pas être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA en l'absence de facteur extérieur de caractère extraordinaire, l'assurée ayant par ailleurs déjà présenté des problèmes au niveau de son mollet gauche avant le 10 mai, sans évènement déclenchant particulier. Il n'y avait pas lieu non plus de prendre en charge le cas sous l'angle de l'art. 9 al. 2 let. d OLAA, en l'absence de facteur extérieur d'une importance significative.

B. Par acte du 29 avril 2014, N._____ recourt contre la décision sur opposition du 13 mars 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que J._____ est tenue de prendre en charge les suites de l'évènement du 10 mai 2012 à titre d'accident, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à J._____ pour complément d'instruction au sens des considérants. Elle a expliqué avoir été victime d'un accident en descendant rapidement les escaliers sur son lieu de travail. Elle a précisé qu'elle avait posé son pied de travers sur la dernière marche de l'escalier et que pour ne pas chuter, elle s'était rattrappée à la main courante et avait effectué un mouvement brusque pour ne pas chuter et retrouver l'équilibre, ressentant alors un claquement sonore et une très vive douleur sur l'arrière du mollet gauche.

Comme mesure d'instruction, la recourante demande l'audition par le biais de questionnaires médicaux du Dr B.D. _____ et subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer s'il existe un rapport de causalité entre l'évènement du 10 mai 2012 et la déchirure du tendon des gastrocnémiens. Elle produit un rapport du 17 avril 2015 du Dr B.D. _____ à son avocat, expliquant que lors de la consultation du 7 mai 2012, l'assurée avait signalé des douleurs au mollet gauche à la marche, sans boiterie, sans signe de thrombose veineuse, sans signes cliniques de rupture musculaire ou tendineuse, sans anamnèse ni signe d'une maladie musculaire, les douleurs pouvant s'expliquer par une fatigue liée à la marche ; l'examen médical de ce jour ne laissait nullement présager une rupture musculaire débutante. Compte tenu de l'importance des lésions, celles-ci étaient selon toute vraisemblance consécutives à l'évènement du 10.05.2012, une banale marche ne pouvant provoquer des lésions de l'importance de celles démontrées par l'IRM et l'ultrasonographie, de sorte que c'était celui-ci qui avait provoqué les lésions du mollet gauche.

Dans sa réponse du 3 juillet 2014, J. _____ a maintenu sa position. Elle a relevé que le descriptif de l'évènement fait par la recourante dans son acte de recours ne correspondait pas à ses déclarations du 4 juillet 2012.

Par réplique du 25 août 2014, la recourante se réfère à un rapport médical du 20 août 2014 du Dr B.D. _____ qu'elle produit et selon lequel la lésion du mollet est due à un traumatisme imprévisible, qu'il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un accident et que sa patiente ne présentait pas, avant l'évènement du 10 mai 2012, d'atteinte à la santé susceptible de lui faire courir un risque de rupture musculaire.

Dans duplique du 12 septembre 2014, l'intimée maintient sa position.

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 la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1, 57, 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).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable à la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante a le droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'évènement du 10 mai 2012. Singulièrement, il s'agit de déterminer si cet évènement constitue un accident.

3. **a)** En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Sont réputés accidents professionnels les accidents (art. 4 LPGA) dont est victime l'assuré notamment lorsqu'il exécute des travaux sur ordre de son employeur ou dans son intérêt (let. a). L'art. 4 LPGA

définit l'accident comme 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments qui doivent être cumulativement réalisés. 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 doive alors être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; cf. JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, in : U. Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2. Auflage, Bâle 2007, n° 57, p. 857).

c) La notion d'accident suppose ainsi et notamment l'existence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire.

Le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné » ou « non programmé », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsqu'un assuré exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (TFA U 322/02 du 7 octobre 2003) ; le facteur extérieur, à savoir la modification entre le corps et l'environnement extérieur, constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ;

voir également TFA U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3.3 ; JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, op. cit., n° 74, p. 861). Le mouvement ne doit pas faire partie des gestes de la vie courante, correspondant à une utilisation normale de l'organisme, mais doit être de nature à générer un risque accru de lésion (TF 8C_995/2010 du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2). Le mouvement non programmé et non maîtrisé doit de plus avoir présenté une certaine intensité (TF 8C_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5).

d) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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. Les déchirures de muscles et de tendons figurent dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA, aux lettres d et f.

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile 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. 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 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c ; ATF 139 V 237 consid. 3.1). 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. En particulier, à défaut de l'existence d'une 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 sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 ; TF U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.1).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée 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 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 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. 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 (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 U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.1).

La jurisprudence a encore précisé que lorsque la lésion d'un organe ne peut pas être attribuée à une cause extérieure concrète, mais qu'elle est due à la répétition, durant la vie quotidienne, de microtraumatismes qui provoquent l'usure de l'organe et finalement la lésion de celui-ci, cette dernière doit être considérée comme l'effet d'une maladie et non d'un accident. Ainsi, par exemple, le diagnostic de

déchirure du ménisque ne permet pas, à lui seul, d'admettre la soudaineté de l'atteinte, dans la mesure où la charge quotidienne supportée par l'articulation du genou et les microtraumatismes qui en résultent peuvent conduire à la formation d'une déchirure (ATFA U 198/00 du 30 août 2001, consid. 2b ; arrêt non publié B. du 28 novembre 1996 [U 63/96] ; TF U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.1).

e) L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5 ; cf. TFA U 142/04 du 23 septembre 2005 consid. 3.1). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; VSI

2000 p. 201 consid. 2d ; JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, op. cit. ch. 195 ; voir également TF U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3 ; TFA U 142/04 du 23 septembre 2005 consid. 3.1).

f) Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2 ; TF 8C_579/2014 du 28 novembre 2014 consid. 3).

4. a) En l'occurrence, les différentes explications de l'assurée au sujet de l'évènement du 10 mai 2012 ne sont pas constantes. Elle a d'abord écrit, dans son courrier du 4 juillet 2012 à J._____, qu'elle descendait rapidement les escaliers sur son lieu de travail et qu'« en arrivant sur le palier elle avait soudain perçu un claquement sonore et une très vive douleur sur l'arrière du mollet gauche ». Elle ne pouvait « plus poser le pied à terre » de sorte qu'elle s'était rendue aux urgences immédiatement. Elle a précisé que pour expliquer cette lésion elle avait « apparemment posé [son] pied de travers sur la dernière marche d'escaliers ». Elle a également dit qu'elle avait consulté le Dr B.D._____ quelques jours auparavant pour une douleur au mollet gauche qui avait été attribuée à la fatigue liée à son activité, laquelle impliquait la position debout toute la journée et de nombreux déplacements.

Dans son acte de recours, la recourante a expliqué qu'elle avait eu un accident en descendant rapidement les escaliers sur son lieu de travail, précisant qu'elle avait posé son pied de travers sur la dernière marche de l'escalier et que pour ne pas chuter, elle s'était rattrapée à la main courante et avait effectué un mouvement brusque pour éviter de tomber, ressentant alors un claquement sonore et une vive douleur à l'arrière du mollet.

Vu la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. supra consid. 3e), il convient de s'en tenir à ses premières déclarations, soit celles du 4 juillet 2012. On relèvera que cette version des faits est corroborée par le courriel du 20 juin 2012 de l'assistante en ressources humaines de l'employeur à l'intimée qui explique que l'assurée lui avait dit qu'il n'y avait pas eu de chute ou de coup.

b) Ainsi, vu le déroulement des faits tel qu'il découle de ce qui précède, on ne saurait admettre l'existence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire au sens de l'art. 4 LAA. En effet, la recourante s'est blessée simplement en arrivant sur la dernière marche des escaliers, alors qu'elle les descendait rapidement, sans qu'il y ait eu de chute, glissade ou sans qu'elle se soit heurtée à un objet. On ne peut tenir pour établi qu'elle a posé son pied de travers en arrivant sur la dernière marche, ses explications à ce sujet dans le courrier du 4 juillet 2012 n'étant que des suppositions. Quant au fait qu'elle aurait effectué un mouvement brusque pour éviter de chuter, cela ne ressort pas non plus de ses premières déclarations. En outre, le fait de descendre rapidement les escaliers doit encore être considéré comme faisant partie des gestes de la vie courante et ne génère en principe pas de risque de lésion accru. Enfin, en l'absence d'un évènement générant un tel risque accru de lésion et partant de facteur extérieur, il n'y a pas lieu non plus de mettre à la charge de l'assureur-accidents les suites de l'évènement du 10 mai 2012 sous l'angle de l'art. 9 al. 2 OLAA, ceci quand bien même les lésions constatées par IRM ne sont pas manifestement imputables à une maladie ou des phénomènes dégénératifs, selon les précisions apportées par le Dr B.D. _____ dans le rapport du 17 avril 2015.

c) Les faits déterminants pour l'issue du litige - en particulier l'absence d'un facteur extérieur extraordinaire à l'origine des atteintes musculaires et tendineuses du mollet gauche de la recourante - ayant pu être établis au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. 135 V 39 consid. 6.1 et les références ; TF 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 2) et sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 130 II

425 consid. 2.1), il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, que ce soit en entendant le Dr B.D. _____ ou en mettant en œuvre une expertise.

Enfin, on précisera que vu l'ATF 130 V 380, J. _____ pouvait mettre fin aux prestations avec effet ex nunc et pro futuro, sans se fonder sur un motif de reconsidération ou de révision procédurale.

5. En définitive, le recours est mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition du 13 mars 2014.

a) La recourante ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), des frais judiciaires ne sont pas perçus.

b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, Me Muster a produit une liste de ses opérations le 15 avril 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre dans le cadre du bon accomplissement du mandat (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile] ; RSV 211.02.3) ; elle doit ainsi être arrêtée à 12.65 heures de travail, dont 6.90 heures ont été effectuées par Me Muster et 5.75 heures par une avocate-stagiaire, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'874 fr. 50 (1'242 fr. [6.90 x 180 fr.] + 632 fr 50. [5.75 x 110 fr.]), plus TVA à 8% d'un montant de 150 fr. Au demeurant, l'avocat d'office a le

droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, le montant de 25 fr., TVA à 8% en sus, soit 27 fr. demandé par Me Muster, doit être reconnu à ce titre. Le montant total de l'indemnité de Me Muster s'élève donc à 2'051 fr. 50 arrondis à 2'052 francs.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**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 13 mars 2014 par la J._____, est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Muster, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'052 fr. (deux mille cinquante-deux francs), débours et TVA compris.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Eric Muster (pour N. _____), à Lausanne,
- J. _____, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :