

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Brélaz Braillard, juge, et Hempel-Bruder, assesseure
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance
de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

GROUPE C. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et al. 2 let. f LAA

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], [...] à 100 % auprès de l'Etat de Vaud depuis le 1^{er} janvier [...], est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de Groupe C. _____ SA (ci-après : Groupe C. _____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 17 avril 2024, son employeur a annoncé au Groupe C. _____ que l'assurée s'était blessée à l'épaule droite, le 11 avril 2024, lors « de l'entraînement de gymnastique aux agrès (anneaux balançants) ».

Le 19 avril 2024, l'assurée a consulté le Dr N. _____, médecin au Centre orthopédique d'[...], à la suite « d'un faux mouvement de l'épaule droite » une semaine auparavant. Elle a également passé une radiographie de l'épaule droite, dont le rapport y relatif décrivait une bonne sphéricité de la tête humérale droite bien centrée dans la glène, l'absence d'omarthrose, le respect de la distance sous-acromiale, l'absence de calcification en projection des tendons de la coiffe des rotateurs, l'absence de fracture et de lésion osseuses circonscrites, ainsi que l'absence de luxation glénohumérale antérieure ou postérieure et d'arthrose acromio-claviculaire.

Dans un questionnaire du Groupe C. _____, complété le 1^{er} mai 2024, l'assurée a indiqué avoir ressenti, pour la première fois, des douleurs lors de l'exécution d'un mouvement aux anneaux balançants, durant un entraînement de gymnastique aux agrès bi-hebdomadaire. Elle a répondu qu'il s'agissait, pour elle, d'une activité habituelle, qui s'était déroulée dans des conditions extérieures normales, sans qu'un événement particulier ne se soit produit. Elle a également précisé qu'elle n'avait jamais souffert de l'épaule droite avant l'événement du 11 avril 2024.

Par rapport du 17 mai 2024 relatif à une arthro-IRM de l'épaule droite, le Dr P. _____, spécialiste en radiologie, a conclu que cet examen

démontrait plusieurs irrégularités intéressant la face articulaire du tendon du supra-épineux sur toute sa largeur, avec une déchirure transfixiante s'étendant en direction du trochiter, ainsi qu'une deuxième déchirure significative à la jonction du tiers moyen et du tiers postérieur du tendon. Il a également conclu à une désinsertion des fibres articulaires du tendon du muscle infra-épineux sur quasiment toute sa hauteur, qui était significative au niveau de la portion moyenne du tendon, ainsi qu'à une déchirure du labrum antéro, et surtout postéro-supérieur, à une poussée congestive modérée de l'arthropathie acromio-claviculaire et à une bonne trophicité, sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la corne des rotateurs.

Le 24 mai 2024, l'assurée a consulté le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé le diagnostic de rupture transfixiante au niveau supra- et infra-épineux de l'épaule droite, avec lésion du labrum. Il a précisé que l'assurée présentait, comme antécédent, un épisode de luxation de l'épaule droite, qui datait d'une trentaine d'années. Il a indiqué qu'une suture de la coiffe par arthroscopie était proposée, avec une ténodèse du long chef du biceps.

Un avis d'entrée du 27 mai 2024 de la Clinique V._____, a été adressé au Groupe C._____ en vue d'obtenir une garantie de paiement, l'assurée devant être admise le 10 juin 2024 pour subir une arthroscopie et une réparation de la coiffe « par voie mini open » de l'épaule droite.

Dans un questionnaire complété le 29 mai 2024, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil du Groupe C._____, a posé les diagnostics suivants : « Plusieurs irrégularités le long du tendon du sus-épineux, avec 2 déchirures (zone moyenne et distale). Désinsertion partielle des fibres articulaires du tendon sous-épineux. Déchirure du labrum antérieur et postéro-supérieur. Arthropathie acromio-claviculaire en poussée congestive ». Il a indiqué être en présence d'une lésion corporelle citée à l'art. 6 al. 2 let. f LAA, qui était due de manière

prépondérante à l'usure ou à la maladie. Il a expliqué que, pour le sus-épineux, l'hétérogénéité était marquée tout le long du tendon et plus marquée en zone intermédiaire où l'on notait une perte partielle de son épaisseur (versant articulaire), ainsi qu'en zone insertionnelle. Il a précisé que l'hétérogénéité était un signe d'une souffrance chronique, peut-être d'ordre micro-traumatique ou peut-être influencée par l'ancienne luxation, « notée dans le rapport du 24 mai 2024 ». Concernant la lésion du tendon sous-épineux, également hétérogène, elle jouxtait une déformation de la tête humérale, qui correspondait très vraisemblablement à une large lésion Hill-Sachs, reliquat de l'ancienne luxation. Enfin, un contexte maladif, à savoir une tendinopathie, une séquelle osseuse d'une ancienne luxation et une perte de stabilité par usure labrale étendue impliquant un travail accru de la coiffe, revêtait une responsabilité pour le moins prépondérante.

Par décision du 6 juin 2024, le Groupe C. _____ a nié le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-accidents, au motif que l'événement du 11 avril 2024 ne correspondait pas à la notion d'accident en l'absence d'une cause extérieure extraordinaire. En raison du fait que les lésions étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, aucune prestation ne pouvait être versée par l'assureur-accidents et le cas relevait ainsi de la garantie de l'assurance-maladie.

Selon un rapport du 13 juin 2024 du Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assurée a séjourné à la Clinique V. _____ du 10 au 12 juin 2024 pour une réparation du tendon sus-épineux, une acromioplastie, une synovectomie partielle, une bursectomie, une ténotomie du long chef du biceps par arthroscopie et une ténodèse par voie mini-open de l'épaule droite. Dans la rubrique des antécédents, ce médecin a indiqué « nihil ». A ce rapport était annexé le protocole opératoire du 10 juin 2024 mentionnant une rupture transfixiante du tendon sus-épineux et une lésion du long chef du biceps, avec lésion SLAP [lésions antéro-postérieures du labrum supérieur], de l'épaule droite.

Le 8 juillet 2024, l'assurée a, par la CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : la CAP), formé opposition contre la décision du 6 juin 2024 et demandé une prolongation de délai de trente jours pour compléter son opposition. Elle a conclu, principalement, à l'annulation de la décision précitée et à la prise en charge, par le Groupe C._____, de tous les frais médicaux liés aux traitements et soins à la suite de l'événement survenu le 11 avril 2024.

Le Groupe C._____ a, par courriel du 16 juillet 2024, accordé à la CAP un délai supplémentaire de trente jours et lui a transmis le dossier médical de l'assurée.

Interpelé par courriel du 16 juillet 2024 quant aux rapports reçus après son appréciation du 29 mai 2024, le Dr T._____ a indiqué, par retour de courriel du même jour, que le protocole opératoire du Dr R._____ du 10 juin 2024 signalait une déchirure (rupture) transfixiante du tendon sus-épineux connue (décrite à l'IRM), une « lésion » du tendon long du biceps, qui était en réalité une tendinopathie, et une lésion SLAP. Cette dernière lésion était soit la conséquence de l'ancienne luxation, soit celle d'un surmenage de l'épaule, mais pas une lésion assimilée, tout comme la tendinopathie du biceps. Quant à la déchirure du sus-épineux, il pouvait certes s'agir d'une lésion assimilée, mais dans un contexte maladif ou dégénératif pour le moins prépondérant. Il a encore précisé que le descriptif opératoire n'apportait aucun élément susceptible de caractériser, avec une haute ou une très haute vraisemblance, une lésion issue, de façon prépondérante, d'un seul et unique traumatisme susceptible d'écarter les constatations faites à l'IRM. S'agissant de la lettre de sortie du 13 juin 2024, elle n'apportait pas de nouvel élément diagnostique.

Selon un rapport de consultation du 7 août 2024, le Dr R._____ a indiqué que l'évolution était objectivement et subjectivement favorable.

Par courrier du 13 septembre 2024, l'assurée a, par la CAP, complété son opposition. Elle a expliqué qu'elle n'avait pas pris assez d'élan pour obtenir un balancier suffisant afin d'effectuer sa figure, ce qui avait eu pour conséquence que les cordes, qui n'étaient pas assez tendues, s'étaient brusquement tendues et avaient « claqué » lors de l'exécution du mouvement, causant directement une importante douleur dans son épaule. Elle a précisé que ces explications n'avaient pas pu être transcrites dans la déclaration d'accident du 17 avril 2024, faute de place disponible. Elle a ajouté qu'elle ne pensait pas que ce « faux mouvement » correspondait à la cause extraordinaire, qui devait être indiquée pour que cela justifie un accident. Ces éléments étaient, de plus, corroborés par le rapport du 19 avril 2024 du Dr N._____, qui évoquait un « faux mouvement » de l'épaule droite une semaine auparavant. Elle a également fait valoir qu'elle n'avait jamais subi la luxation mentionnée dans le rapport du 24 mai 2024 du Dr D._____. A l'appui de son complément d'opposition, elle a transmis un rapport du 19 août 2024 du Dr R._____, selon lequel il n'y avait pas d'anamnèse de luxation, l'arthro-IRM du 17 mai 2024 ne mettant pas en évidence de lésion de luxation. Elle a également transmis un rapport du 9 septembre 2024 du Dr R._____, dont il ressort ce qui suit :

« Pour rappel, le médecin conseil le Dr. T._____ décrit des luxations mais la patiente n'a jamais décrit de luxations de son épaule droite. Les lésions décrites par le Dr T._____ qui sont des lésions du labrum et qui entraîneraient une instabilité de l'épaule et par conséquent des lésions de la coiffe ne peut pas être admis.

Les lésions du labrum n'entraînent pas des lésions de la coiffe des rotateurs. Si la patiente présente des lésions du labrum, c'est probablement en raison de la pratique de la gymnastique aux agrès à haut niveau avec des mouvements dans les amplitudes extrêmes. Ces lésions se retrouvent chez beaucoup de sportifs qui font des mouvements extrêmes comme justement la gymnastique aux agrès, natation, tennis, Baseball, notamment les lanceurs au Baseball sont très étudiés aux USA pour ces lésions labrales.

Il n'y a donc pas de relation entre les lésions labrales chez cette patiente et sa lésion tendineuse. D'autre part, nous ne pouvons pas dire que cette patiente que son tendon est hétérogène car son tendon est de bonne qualité mis à part la partie où il est déchiré avec également une très bonne trophicité musculaire.

Dans ce sens, en ce qui me concerne, il n'y a pas de lésions dégénératives et pas de contexte maladif associé à cette lésion du tendon du sus-épineux. »

Interpellé sur le rapport du 7 août 2024 du Dr R._____, le Dr T._____ a, par courriel du 24 septembre 2024, indiqué que ce rapport n'abordait pas la notion de lien de causalité et qu'il maintenait ses conclusions précédentes.

Par rapport du 6 novembre 2024, le Dr T._____ a retenu ce qui suit :

« APPRECIATION DU CAS

La déchirure transfixiante du tendon sus-épineux (appréciable à l'IRM et lors du bilan arthroscopique) est une lésion assimilée (lettre f. de la liste exhaustive 6.2 LAA).

Or, dans le cas de cette assurée, il existe des stigmates conséquents d'une tendinopathie chronique, ou d'un surmenage de cette épaule. Stigmates appréciables à la lecture détaillée de l'IRM. La sclérose, éventuellement l'aspect aplati du trochiter, appréciable sur les clichés standards ou arthrographiques, en est un autre de ces stigmates. Tableau qui revêt très clairement une origine maladie/dégénérative pour le moins prépondérante des lésions tendineuses.

La lésion du tendon sous-épineux (suspectée sur les images IRM mais pas confirmée à l'arthroscopie), reflète une tendinopathie, et n'est pas une lésion assimilée.

Le surmenage de l'épaule droite de l'assurée n'intéresse pas seulement la coiffe des rotateurs, mais également le labrum.

Je précise que la déchirure labrale n'est pas une lésion assimilée.

A propos de ce labrum, je rejoins l'avis du Dr R._____ quant à l'origine de son usure. Elle est probablement en lien avec le surmenage sportif, dont les effets ne se limitent pas à ce seul labrum. On ne peut cependant évincer l'hypothèse d'une ancienne luxation de l'épaule, devant une telle déformation du versant postérieur de la tête humérale (que mon confrère ne prend pas en considération - lésion qui n'est même pas décrite dans le rapport IRM), cette supputée ancienne luxation ayant pu jouer un rôle dans l'altération structurelle du labrum (structure que le Dr R._____ ne décrit même pas dans son PO). A moins que cette déformation osseuse ne soit d'origine congénitale. Ou éventuellement le résultat d'un confit postérieur chronique (avec la glène), dans le cadre des activités sportives.

Le Dr R._____ dit qu'il n'y a pas eu de luxation.
L'assurée dit n'avoir pas d'antécédents concernant son épaule.

Le Dr A. D. _____ mentionne un épisode de luxation ancienne, survenu durant l'enfance. Se trompe-t-elle ?

La tendinopathie du tendon long biceps n'est pas une lésion assimilée.

L'arthropathie acromio-claviculaire congestive n'est pas une lésion assimilée. »

Par décision sur opposition du 5 décembre 2024, le Groupe C. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée, en considérant que les douleurs à l'épaule droite de l'intéressée étaient survenues dans le cadre de la pratique des agrès (anneaux), sans que ne se soit produit un événement particulier. Le fait que l'assurée n'ait pas pris suffisamment d'élan avant d'entamer son balancier, ce qui aurait provoqué par la suite une tension brusque des cordes, ne pouvait être considéré comme un facteur exceptionnel. Ainsi, en l'absence d'une cause extérieure extraordinaire, la blessure subie constituait un risque inhérent à la pratique des agrès, même si l'exercice avait été parfaitement exécuté et ne pouvait pas être attribué à un accident. L'assureur-accidents a également retenu que l'assurée présentait une lésion citée à l'art. 6 al. 2 let. f LAA, qui était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, comme l'avait développé le Dr T. _____ de manière motivée et convaincante dans son rapport du 6 novembre 2024, de sorte que l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident ne pouvait pas être reconnue.

B. Par acte du 21 janvier 2025, B. _____, toujours représentée par la CAP, a recouru contre la décision sur opposition du 5 décembre 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, principalement à l'annulation de la décision sur opposition précitée et à la prise en charge de tous les frais médicaux liés à l'événement du 11 avril 2024 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a expliqué qu'elle n'avait pas pris assez d'élan lors de l'exercice aux anneaux balançants et que le claquement des cordes lui avait causé une forte douleur à l'épaule droite. Elle a ajouté que ce claquement des cordes constituait bien une cause

extérieure extraordinaire justifiant le fait qu'elle avait été victime d'un accident le 11 avril 2024. Elle a, à nouveau, allégué n'avoir pas pu inscrire ces explications dans la déclaration d'accident, faute de place, et qu'elle ne pensait pas que le « faux mouvement », qui correspondait à la cause extraordinaire, devait être indiqué pour que cela justifie un accident. Elle a ensuite exposé que sa situation personnelle, à savoir celle d'une personne jeune pratiquant la gymnastique aux agrès à haut niveau depuis de longues années, ne plaidait pas en faveur d'un contexte maladif, tel que décrit par le Dr T._____. Elle a également expliqué n'avoir jamais souffert d'une luxation de l'épaule, ce qui ne pouvait justifier le contexte maladif prépondérant retenu par le médecin-conseil de l'intimée. En outre, les conclusions de ce dernier étaient contredites par le rapport du 9 septembre 2024 du Dr R._____, selon lequel les lésions du labrum n'entraînaient pas de lésions de la coiffe des rotateurs, et il n'y avait pas de lésion dégénérative, ni de contexte maladif associé à la lésion du tendon sus-épineux. Les conclusions du Dr T._____ ne permettaient ainsi clairement pas de démontrer que les lésions subies étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Enfin, elle a relevé que l'intimée avait instruit le cas de manière lacunaire au vu des divergences d'opinion entre les Drs R._____ et T._____ et sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 18 février 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que la recourante avait commencé par expliquer qu'elle avait ressenti une douleur durant un exercice de gymnastique et qu'il s'agissait d'une activité habituelle, qui s'était déroulée dans des circonstances extérieures normales et sans événement particulier. Ce n'était ensuite que dans son opposition et son recours qu'elle avait indiqué que les cordes s'étaient brusquement tendues et avaient claqué en raison d'un manque d'élan pris. Il fallait toutefois s'en tenir à la première version donnée par la recourante et retenir l'absence d'élément extérieur extraordinaire. Elle a ensuite exposé que le Dr T._____, dont les constatations étaient détaillées et convaincantes, avait tenu compte des éléments objectifs révélés par les investigations, alors que le Dr R._____ déclarait le tendon en bonne qualité, ce qui était surprenant au vu des

constatations radiologiques, l'arthro-IRM faisant état de plusieurs irrégularités intéressant la face articulaire du tendon du supra-épineux sur toute sa largeur. Ainsi, le médecin-conseil apparaissait comme étant le seul médecin à avoir procédé à une appréciation basée sur des éléments objectifs et dûment motivée. En définitive, les conclusions du Dr T._____, quant à une origine malade ou dégénérative pour le moins prépondérante des lésions tendineuses, pouvaient être suivies et la preuve libératoire de l'art. 6 al. 2 LAA était ainsi apportée à satisfaction de droit. C'était dès lors à juste titre qu'elle avait refusé la prise en charge au titre de lésion assimilée à un accident.

Répliquant le 28 mars 2025, la recourante a relevé que le Dr N._____, qu'elle avait consulté le 19 avril 2024, avait évoqué un faux mouvement de l'épaule droite pendant un entraînement d'agrès, ce qui correspondait à un mouvement non coordonné, soit à une cause extraordinaire ayant causé une atteinte à sa santé. Elle a encore rappelé l'existence d'une divergence d'opinion entre les Drs R._____ et T._____, qui démontrait la nécessité d'une expertise complémentaire, afin de déterminer si la lésion subie était ou non due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. La recourante a finalement sollicité son audition afin de pouvoir expliquer le déroulement des faits ayant causé sa blessure.

Par duplique du 29 avril 2025, l'intimée a fait valoir que le fait que le Dr N._____ mentionne, dans son rapport du 19 avril 2024, un « faux mouvement » ne permettait en soi aucune conclusion quant au point de savoir si la notion d'accident était remplie. En outre, la position du Dr R._____ ne mettait pas en doute celle, bien étayée, du Dr T._____, au vu des nombreuses irrégularités ressortant des investigations.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf

dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est litigieux le caractère accidentel de l'évènement du 11 avril 2024, respectivement celui de savoir si la lésion assimilée reconnue par l'intimée est due - ou non - de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, par exemple), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, par exemple), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, par exemple ; ATF 150 V 229 consid. 4.4.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

Par ailleurs, 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. Il 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, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 150 V 229 consid. 4.1.1 ; 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; Stéphanie Perrenoud, *in* : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4 LPGa). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, *in* : *Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88, p. 922).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'une personne assurée sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de la personne assurée soient contradictoires

entre elles (TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4 et les références citées). En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1).

c) En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.3.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 LPGA ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97, p. 923 s.).

d) S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, un événement accidentel doit être nié lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être réfuté si l'atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier, la notion d'accident n'étant réalisée que si l'exercice sportif se déroule autrement que ce qui est prévu (TF 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.3 et la référence ; TF 8C_719/2019 du 5 novembre 2020 consid. 3.2 et la référence ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 LPGA ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100, p. 925 s.).

A titre d'exemples, un accident a été admis dans le cas d'un cavalier qui s'est blessé parce que son cheval est tombé tête la première (TFA U 296/05 du 14 février 2006 consid. 2.3), d'un joueur victime d'une charge contre la balustrade durant un match de hockey sur glace (ATF 130 V 117 consid. 3), d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un "saut de carpe" (arrêt U 43/92 du 14 septembre 1992 consid. 3b, *in* RAMA 1992 n° U 156 p. 258), ou encore dans le cas d'un skieur dans un champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol. En revanche, il a été nié pour un joueur professionnel de hockey sur glace qui s'est blessé à l'épaule lors d'un tir en frappant la glace avec sa crosse (TF 8C_141/2009 du 2 juillet 2009 consid. 7.2), pour une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, lors d'une séance de « nordic walking » (TF 8C_978/2010 du 3 mars 2011 consid. 4.2) ou encore pour une personne qui, à l'occasion d'un plongeon d'une hauteur de sept mètres à la piscine, a subi un choc en raison du mauvais positionnement de son corps lors de la pénétration dans l'eau (TFA U 17/02 du 10 décembre 2002 consid. 2). Il a également été nié dans le cas d'une assurée qui, selon ses premières déclarations, a exécuté une culbute en arrière sans incidents particuliers et s'est alors blessée au niveau de la nuque et de l'épaule (arrêt U 322/02 du 7 octobre 2003). Il en est allé de même dans le cas d'une personne qui a exécuté une culbute "ratée" en arrière lors d'un entraînement de Ju-jitsu, le fait qu'elle a roulé non pas par-dessus son épaule, mais par-dessus sa nuque ne constituant pas un mouvement sortant de l'éventail ordinaire des mouvements exécutés dans la pratique de ce sport (arrêt 8C_189/2010 du 9 juillet 2010). Le Tribunal fédéral a également conclu à l'absence de facteur extraordinaire dans les cas suivants: une assurée qui s'est blessée à la nuque en effectuant une roulade en avant durant une leçon de gymnastique (arrêt U 98/01 du 28 juin 2002) ou en exécutant de manière légèrement imparfaite une figure de gymnastique ou un autre mouvement dans l'exercice d'un sport (arrêt U 134/00 du 21 septembre 2001; cf. pour un aperçu de la casuistique: Martin Kaiser/Javier Ferreiro, Sozialversicherungsrechtliche Aspekte des Unfallbegriffs und des Wagnisses im Sport, *in*: RSAS 2013 p. 570 ss et 2014 p. 22 ss).

Dans un arrêt du 20 mai 2014 (cause AA 83/13 - 51/2014), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rappelé, s'agissant d'un assuré qui avait été blessé à la nuque lors d'un entraînement de jujitsu, qu'un placage au sol, même violent, entrainé dans l'activité habituelle d'un tel sport, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de considérer qu'une cause extérieure extraordinaire était à l'origine de la lésion subie par la recourante (consid. 2). Par arrêt du 19 octobre 2012 (cause AA 90/11 - 98/2012), la Cour des assurances sociales a également nié l'existence d'un accident au sens de l'art. 6 LAA et 4 LPGA dans le cas d'un assuré ayant ressenti des douleurs au niveau du genou lors d'un entraînement de self-défense, à l'occasion duquel, selon ses premières déclarations, l'intéressé n'avait rien ressenti ou remarqué de particulier. A cette occasion, la Cour de céans a rappelé qu'il ne s'agissait pas de nier l'existence de toutes lésions en relation avec le cours de self-défense auquel l'assuré avait participé, mais plutôt de considérer que celles-ci n'étaient pas constitutives d'un événement unique isolé dans le temps mais résultaient de microtraumatismes répétés de la vie courante, dont la pratique de sport pour un sportif du niveau du recourant faisait partie, et qui menaient, probablement en lien avec les lésions du ménisque constatées déjà dix ans auparavant, peu à peu à une usure. Dans un arrêt du 28 octobre 2011 (cause AA 62/10 - 118/2011), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours d'un assuré qui, lors d'un cours de self-défense (en réalité un entraînement de boxe thaïlandaise organisé à l'interne par l'employeur de l'intéressé), avait fait un faux mouvement en faisant une clé de jambe au sol et s'était blessé.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. f LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures de tendons, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la

vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

b) Le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2017). Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans l'hypothèse où une telle lésion est imputable à un accident, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident ne constitue plus, même très partiellement, la cause naturelle et adéquate de la lésion. En revanche, en l'absence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion corporelle comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, à moins qu'il ne prouve que cette lésion est due principalement à l'usure ou à une maladie. Cela étant, lorsque l'assureur-accidents fournit la preuve qu'un accident n'est pas une cause, même très partielle, d'une lésion corporelle de la liste et qu'il n'existe par ailleurs pas d'indice qu'un événement survenu après l'accident pourrait constituer une cause possible de cette lésion, la preuve que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie est par là-même apportée (ATF 146 V 51 consid. 9 ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.2).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

d) 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

6. **a)** En l'espèce, l'intimée considère, en se basant sur les premières déclarations de la recourante du 1^{er} mai 2024, que l'événement du 11 avril 2024 n'est pas constitutif d'un accident au sens des art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA, faute de cause extérieure extraordinaire. De son côté, l'intéressée estime que cette condition est remplie dans la mesure où – comme exposé dans son opposition et son recours – sa blessure résulte du fait que les cordes des anneaux, pas assez tendues en raison d'un manque d'élan pris, ont « claqué », causant directement une importante douleur dans son épaule.

b) En l'occurrence, la description de l'événement litigieux faite par la recourante a varié. En effet, dans un premier temps, elle n'a pas fait état d'événement particulier susceptible d'avoir entraîné les douleurs ressenties à l'épaule droite (cf. déclaration d'accident du 17 avril 2024 et questionnaire complété le 1^{er} mai 2024), alors que, plus tard – après

qu'elle a eu connaissance de la décision de refus de l'intimée et se trouve représentée par un mandataire - elle a précisé le déroulement des circonstances en expliquant comment le manque d'élan avait eu une influence sur la tension des cordes (cf. complément d'opposition du 13 septembre 2024). Dans ces circonstances, il convient de se référer aux premières déclarations de l'assuré, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 3b *supra*). En outre, l'argument de la recourante selon lequel la déclaration d'accident initiale ne lui laissait pas la place nécessaire dans le formulaire pour inscrire ses explications ne saurait être suivi, dans la mesure où le questionnaire complémentaire du 1^{er} mai 2024 posait précisément et expressément la question des circonstances et la survenance d'un événement particulier, ce à quoi elle a répondu négativement. Un facteur extérieur doit donc être nié dans le cas présent. A cet égard, l'avis du 19 avril 2024 du Dr N. _____ mentionnant un faux mouvement, dont se prévaut la recourante, paraît n'être qu'une reprise des déclarations de sa patiente. En outre, cette notion de faux mouvement n'a pas été mentionnée par la recourante dans le questionnaire rempli le 1^{er} mai 2024, soit postérieurement à la consultation du Dr N. _____.

c) Il faut ainsi retenir que la lésion de l'épaule droite de l'assurée, apparue durant un entraînement de gymnastique aux agrès sans qu'aucun facteur extérieur extraordinaire n'intervienne, constitue la réalisation d'un risque inhérent à l'activité sportive pratiquée (cf. exemples cités au consid. 3d *supra*). Les circonstances qui ont entraîné l'atteinte à la santé ne relèvent dès lors pas d'un accident au sens juridique du terme, faute du caractère extraordinaire du facteur extérieur dommageable.

Aussi, la recourante n'a pas droit aux prestations de l'assurance-accidents sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA.

7. Partant, il y a lieu de déterminer si la recourante peut néanmoins prétendre à des prestations de l'intimée sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 4 *supra*).

a) L'intimée admet que la recourante présente une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LAA (cf. questionnaire complété le 29 mai 2024 par le Dr T. _____ et rapport de ce médecin du 6 novembre 2024). Est en revanche litigieuse la question de l'étiologie de cette lésion, singulièrement sur le point de savoir si elle est due, ou non, de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

b) Selon le Dr T. _____, l'hétérogénéité de la lésion des tendons sus- et sous-épineux est un signe d'une souffrance chronique, peut-être d'ordre micro-traumatique ou peut-être influencée par l'ancienne luxation. En outre, un contexte maladif, à savoir une tendinopathie, une séquelle osseuse d'une ancienne luxation et une perte de stabilité labrale étendue impliquant un travail accru de la coiffe, revêt une responsabilité pour le moins prépondérante (cf. questionnaire complété le 29 mai 2024). Selon lui, la déchirure du tendon sus-épineux est survenue sur fond de tendinopathie chronique ou de surmenage de l'épaule (cf. courriel du 16 juillet 2024 et appréciation du 6 novembre 2024). Cette affirmation, selon laquelle la lésion en cause serait due de manière prépondérante à un processus dégénératif, n'est toutefois pas étayée sur le plan médical. En effet, le Dr T. _____ a fait mention, à plusieurs reprises, de l'existence d'une ancienne luxation pour expliquer un contexte d'usure, reprenant le rapport du 24 mai 2024 du Dr D. _____, alors même que la recourante a indiqué, dans le questionnaire complété le 1^{er} mai 2024, n'avoir jamais souffert de l'épaule droite, ce que le Dr R. _____ a confirmé dans son rapport du 19 août 2024, après avoir mentionné l'absence d'antécédent dans son rapport du 13 juin 2024. Le Dr T. _____ a d'ailleurs posé la question de savoir si le Dr D. _____ s'était trompé, laissant toutefois cette question ouverte (cf. rapport du 6 novembre 2024). On notera encore que la radiographie du 19 avril 2024 décrit l'absence de luxation glénohumérale antérieure ou postérieure et que l'IRM du 17 mai 2024 ne met pas en évidence de lésion de luxation (cf. rapport du 19 août 2024 du Dr R. _____).

c) Or c'est à l'intimée qu'incombe le fardeau de la preuve libératoire que la lésion est due de manière prépondérante - soit à plus de 50 % de tous les autres facteurs en cause - à l'usure ou à la maladie. Dans cette optique, elle avait l'obligation d'instruire d'office les éléments médicaux déterminants pour la résolution du cas (art. 43 al. 1 LPGA) et ne pouvait pas se contenter des avis médicaux insuffisamment motivés de son médecin-conseil - qui ne sauraient constituer une preuve libératoire au sens de la jurisprudence - pour refuser la prise en charge de l'atteinte à la santé de la recourante. A l'inverse, l'avis du Dr R. _____ du 9 septembre 2024, selon lequel il n'y a pas de relation entre les lésions labrales de la recourante et sa lésion tendineuse, ne permet pas d'exclure à lui seul une lésion causée de manière prépondérante par une maladie ou un contexte dégénératif.

d) Ainsi, les avis médicaux au dossier ne permettent pas de trancher le point de savoir si la déchirure du tendon sus-épineux droit subie par la recourante le 11 avril 2024 est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, sous la forme d'une tendinopathie chronique préexistante. Dans ces conditions, il s'impose donc de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA (cf. dans ce sens arrêts 8C_382/2020 du 3 décembre 2020 consid. 6.3 et 6.4; 8C_618/2019 du 18 février 2020 consid. 8.2 ; 8C_267/2019 du 30 octobre 2019 consid. 7.2.2). Si l'expert désigné n'arrive pas à la conclusion motivée et convaincante que la lésion de la recourante est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, il appartiendra alors à l'intimée de prendre en charge les suites de l'atteinte à la santé.

8. La recourante a sollicité son audition afin qu'elle puisse s'exprimer sur le déroulement et les circonstances de l'événement du 11 avril 2024. Vu l'issue du recours, cette requête est sans objet.

9. **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimée pour

complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 5 décembre 2024 par Groupe C. _____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. Groupe C. _____ SA versera à B. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour B. _____),
- Groupe C. _____ 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 :