

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu, juge, et Mme Férolles, assesseure
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me François Roux, avocat
à Lausanne,

et

C._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est employé par l'I._____ en qualité d'enseignant en éducation physique. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de C._____ (ci-après : C._____ ou l'intimée).

Le 4 mai 2019, l'assuré a participé, comme entraîneur-adjoint, à un stage d'entraînement de gardiens de but aux [...], dans le canton [...]. Le temps était particulièrement froid pour la saison ce jour-là ; il avait neigé durant la nuit. A 10 heures 45, l'assuré a ressenti une violente douleur derrière le pied droit durant la présentation d'un exercice. Dès lors, il s'est rendu aux urgences de l'Hôpital [...]. Il a été vu par le Dr G._____, médecin chef du service de chirurgie, et la Dre Q._____, médecin-assistante, qui ont posé le diagnostic de rupture du tendon d'Achille droit. On extrait ce qui suit de leur rapport daté du 6 mai 2019 :

« Anamnèse

Patient de 57, en BSH, qui vient aux urgences en raison d'un événement traumatique survenu lors d'un entraînement. Ce matin vers 9h30, il a fait un mouvement subit en passant de la position debout à couché et a ressenti une douleur vive (3/10), décrite comme un coup de fusil, au niveau du talon droit. Consécutivement à cet événement, il n'a pas pu marcher correctement entraînant une difficulté à charger sur son pied droit. Il n'a pas pris de traitement antalgique ».

L'assuré s'est ensuite rendu le 8 mai 2019 à la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital [...]. Les Dr L._____ et V._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé le diagnostic de rupture complète du tendon d'Achille droit et ont établi un rapport le même jour, dont on extrait ce qui suit :

« Anamnèse actuelle

Patient qui a ressenti une douleur et un claquement au niveau du tendon d'Achille D il y a 5 jours lors d'un entraînement de gardien de foot. Il a fait une contraction explosive du triceps entraînant ce traumatisme. Il a consulté aux urgences à [...] qui retienne le

diagnostic de rupture du tendon d'Achille pour lequel ils proposent un traitement conservateur. [...]

Status

On retrouve effectivement une perte de l'équin physiologique en décubitus ventral. Positif. La rupture se situe environ à 7 cm en-dessus de l'insertion du tendon d'Achille.

Procédé - Contrôles

Le patient présente une rupture complète du tendon d'Achille pour laquelle un traitement conservateur sera probablement possible. A noter toutefois que le patient a une activité physique assez importante du fait de son travail comme professeur de sport. D'un point de vue personnel, il pratique plutôt des sports type vélo, natation et ski de fond. Afin d'avoir plus de données pour juger des options thérapeutiques, nous organisons un US afin d'évaluer le GAP entre les 2 moignons en position d'équin et une IRM afin d'éliminer une tendinopathie chronique du tendon d'Achille. Le patient sera revu suite à ces examens ».

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) a été effectuée le 9 mai 2019. On extrait ce qui suit du rapport établi le lendemain par le Dr P._____, spécialiste en radiologie :

« CONCLUSION

Rupture sub-totale du tendon d'Achille (cf. commentaires).
Le reste du tendon d'Achille est remanié, ceci pouvant faire évoquer une tendinopathie chronique pré-existante.
Discrète prise de Gadolinium/discret œdème osseux de la partie antérieure du pilon tibial (clinique en faveur d'un conflit antérieur ? lésion post-traumatique ?) ».

Un examen par ultrasons a en outre été effectué le 10 mai 2019. Les Drs B._____, spécialiste en radiologie, et N._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant auprès de l'Hôpital [...], ont établi un rapport dont on extrait ce qui suit :

« Description

Comparatif : IRM du 9 mai 2019.

On retrouve une rupture subtotale du tendon d'Achille, se situant à environ 7 cm de son insertion sur le calcanéum, sans mise en évidence de gap au repos, en raison d'un accollement latéral des deux berges tendineuses. Présence d'un hématome en regard de la rupture, mesurant 26 mm de long ».

Sur le formulaire de déclaration d'accident qu'il a rempli le 10 mai 2019 à l'intention de C._____, l'assuré a décrit les faits comme suit :

« Démonstration de sauts à la corde. J'ai ressenti un coup de derrière le pied droit. Rupture du tendon d'Achille. »

Le 15 mai 2019, l'assuré a rempli un second questionnaire. S'agissant des circonstances lors desquelles est survenue sa blessure, il a indiqué qu'il faisait la démonstration d'un exercice de sauts à la corde suivi d'un démarrage à la course et que « l'accident » s'était produit au moment de démarrer. Il a également mentionné avoir ressenti des douleurs « dès la rupture du tendon (coup de fouet derrière le pied) », puis lors du transport à l'hôpital ; que l'activité pratiquée alors était « habituelle » et que les circonstances extérieures étaient normales « si ce n'est que la température était fraîche ». Il a par ailleurs répondu par la négative à la question demandant s'il avait déjà souffert au pied droit avant l'événement.

Le rapport de radiologie établi le 15 mai 2019 par la Dre R._____, cheffe de clinique au service de radiologie de l'Hôpital [...], mentionne encore ce qui suit : « contenu calcique, structure osseuse du calcanéum et de l'arrière pied conservés, sans argument pour un éperon ».

Le 30 juillet 2019, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin conseil de l'assureur, a rempli comme suit le « questionnaire au médecin-conseil » :

1) Diagnostic : *rupture du tendon d'Achille sur fond oligoarthritique!*

2) Sommes-nous en présence d'une lésion corporelle citée à l'article 6.2 LAA ?

Oui : *Ouais*

➤ Quelle lettre ? _____

➤ Cette lésion est-elle due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie ?
Si oui, merci d'étayer votre réponse. _____

Non

Par décision du 9 août 2019, C._____ a refusé de prendre en charge le cas au motif que l'événement du 4 mai 2019 ne pouvait être qualifié ni d'accident ni de lésion corporelle assimilée à un accident.

Le 13 août 2019, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée en faisant valoir que l'événement du 4 mai 2019 constituait bien un accident en raison des conditions météorologiques extraordinaires et qu'en tout état de cause, il avait subi une rupture du tendon d'Achille en l'absence de tout antécédent médical, de sorte qu'il présentait une lésion corporelle devant être assimilée à un accident.

A réception de cette opposition, C._____ a sollicité un nouveau rapport auprès du Dr S._____. Reprenant l'ensemble des déclarations d'accident de l'assuré, des rapports médicaux, ainsi que des images IRM et radiologiques, ce médecin a établi un rapport le 23 novembre 2019, dont on extrait ce qui suit :

« Le soussigné a pu avoir accès à l'IRM du 9 mai 2019 et à la radiographie du 13 mai 2019.

Comme seule anomalie osseuse, on remarque une queue astragaliennne proéminente. Sur les images IRM, pas de commentaire complémentaire, si ce n'est l'absence d'un hypersignal marqué du tendon d'Achille, à l'exclusion du petit hématome adjacent à la rupture intra-tendineuse. Le reste du tendon, n'est pas uniquement hétérogène, mais il se montre aussi épaissi et ceci de manière irrégulière (exemple : images 5/9 et 3/7) : Ce tableau reflète typiquement un contexte dégénératif et ne correspond pas (avec une certaine haute vraisemblance) à une solution de continuité abrupte d'un tendon, sur tendon sain. Il s'agit d'une déchirure (ou lésion) partielle sur fond de dégénérescence. Dégénérescence qui peut relever d'une pathologie systémique, mais peut aussi être la conséquence de contraintes biomécaniques répétées et exagérées.

La notion d'accident, relative à l'événement ou à l'incident du 4 mai 2019, n'a pas été retenue par l'assureur LAA.

La déchirure tendineuse fait partie de la liste 6.2 LAA. Cependant, dans le cas présent ladite déchirure paraît assez clairement s'intégrer dans un cadre dégénératif préexistant, et prépondérant, celui de la tendinopathie achilléenne chronique (de surmenage ?) ».

Par décision sur opposition du 20 janvier 2020, C._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 9 août 2019. Se fondant en particulier sur le rapport du Dr S._____ du 23 novembre

2019, elle a considéré que la rupture du tendon d'Achille présentée par l'assuré s'inscrivait, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans un processus dégénératif prépondérant, avec pour corollaire que l'événement litigieux ne pouvait être considéré ni comme un accident ni comme une lésion assimilée à un accident et qu'il n'existait dès lors pas de droit à des prestations découlant de l'assurance-accidents.

B. **a)** Par acte du 20 février 2020, Z._____, représenté par Me François Roux, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à la réforme, en ce sens que C._____ est tenue d'allouer au recourant des prestations d'assurance-accidents, et subsidiairement à son annulation et à ce que la cause soit renvoyée à C._____ pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir en particulier qu'il n'avait jamais varié dans ses explications relatives au déroulement de l'événement à l'origine de ses lésions, à savoir qu'il avait effectué un démarrage en course entraînant une douleur soudaine derrière le pied droit, ce que le Dr L._____ avait décrit comme une contraction explosive du triceps. Selon lui, le mouvement qu'il avait exécuté présentait un potentiel de lésion accru en raison de conditions météorologiques inhabituellement froides ce jour-là, de sorte que la condition de la cause extérieure extraordinaire était réalisée et que l'événement litigieux constituait ainsi bien un accident. Subsidiairement, le recourant a allégué que l'intimée devant en tous les cas allouer ses prestations dans la mesure où il avait subi une déchirure du tendon, soit une lésion assimilée à un accident, et qu'il n'avait pas été démontré qu'une maladie ou une usure en était la cause de manière prépondérante. A ce propos, rappelant qu'il n'avait jamais eu d'antécédent ni de douleur préexistante à la cheville droite, il a relevé que le Dr S._____ s'était montré prudent lorsqu'il avait évoqué une tendinopathie achilléenne chronique préexistante et qu'il ne s'était pas positionné sur le lien de causalité naturelle et adéquate entre la lésion observée et l'événement litigieux. Il relevait encore que, sans le mouvement en question, la rupture du tendon d'Achille ne serait pas survenue ou à tout le moins pas de la même manière. A l'appui de son

recours, il a notamment produit un article des Drs Neumayer, Crevoisier et Assal paru dans la Revue médicale suisse du 25 juillet 2012, dont il cite en particulier l'extrait suivant (p. 7) :

« Le tendon d'Achille est le tendon le plus grand et le plus résistant du corps humain. Au départ d'un sprint, il résiste à des forces correspondant à 5-6 fois le poids corporel du sujet. La rupture aiguë du tendon d'Achille est liée à un effort d'accélération brusque, dans la majorité des cas durant une activité sportive. Les ruptures spontanées sont rares et apparaissent dans le contexte de maladies systémiques ou de médication par corticoïde ou fluoroquinolones ».

Par courrier du 28 février 2020, le recourant a encore produit un rapport du Dr L. _____ du 21 février 2020, dont on extrait ce qui suit :

« J'ai suivi en consultation le patient susmentionné à partir du 08.05.2019 pour une rupture subtotale (radiologiquement) du tendon d'Achille à droite.

Pour rappel, cliniquement nous avons retrouvé une rupture totale, respectivement une perte totale de la fonction du tendon d'Achille avec une perte de l'équin physiologique et un test de Thompson positif.

Le patient a déclaré avoir présenté cette rupture suite à une contraction concentrique brutale plantaire qui un mécanisme typique de rupture du tendon d'Achille.

Le patient n'a jamais référé de douleur ou de gêne du tendon d'Achille avant cet accident qui aurait pu être un signe clinique de tendinopathie chronique.

Une rupture aigue du tendon d'Achille, hormis dans les cas de section par objet contendant, montre toujours une lacération du tendon et jamais une rupture nette. Il existe par ailleurs une rétraction des deux moignons qui créé une augmentation locale de leur volume.

Par ailleurs, l'IRM réalisée chez le patient n'a pas montré de calcification qui serait un signe clair et indiscutable de tendinopathie chronique.

Pour ma part, et d'un point de vue médical, je ne peux donc affirmer avec certitude que la rupture aigue s'est produite sur une tendinopathie chronique du tendon d'Achille ».

Par réponse du 27 avril 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir que l'appréciation du Dr L. _____ devait être examinée avec retenue dans la mesure où, en tant que médecin traitant

de l'intéressé, il devait être considéré comme enclin à prendre parti pour ce dernier. En outre, son explication selon laquelle l'assuré ne présentait pas d'atteinte avant « l'accident » était insuffisante pour établir que l'événement litigieux en était le seul responsable. Elle a par ailleurs déposé un rapport complémentaire du Dr S. _____ daté du 18 avril 2020, dont on extrait ce qui suit :

« Il est faux de prétendre que l'absence de calcification à l'IRM constitue un élément indiscutable pour écarter une pathologie dégénérative du tendon d'Achille.

La tendinopathie achilléenne est une entité largement reconnue, et décrite, dans la littérature mondiale. Plus proche de nous, on peut faire référence à un article qui résume parfaitement les éléments épidémiologiques, cliniques et radiologiques, de cette entité nosologique, celui du Dr J. Berner et coll., publié dans la Rev Méd Suisse 2015 (pp. 606-611). Ce dernier ne fait aucune référence à la présence de calcifications intra-tendineuses, de surcroît macroscopiques comme condition sine qua non pour qualifier une tendinopathie de chronique.

Je rappelle par ailleurs que l'IRM n'est pas l'examen de choix pour détecter des *calcifications* intra-tendineuses (à moins qu'elles ne soient volumineuses). Ce sont les radiographies standard, voire l'échographie, qui sont plus à même de détecter calcifications de taille moyenne, voire de petite taille.

Quant aux *mirco-calcifications*, que l'on peut parfois objectiver à l'ultrason, elles peuvent avoir plusieurs origines. Des troubles systémiques sont associés, tel le diabète, les troubles thyroïdiens, l'hypercalcémie ou l'hypertension artérielle, etc.

Un autre facteur de genèse de *micro-calcifications* est la tendinopathie dégénérative (cf. pour ex. les travaux de Neer sur les tendinopathies de la coiffe des rotateurs), qui ne sont *pas systématiques*, mais peuvent faire partie de l'histoire naturelle de la dégénérescence tendineuse chez certains sujets. Ces micro-calcifications nécessitent parfois une étude histo-pathologique pour être objectivées.

En d'autres termes, il est faux de prétendre qu'une tendinopathie dégénérative doit être absolument accompagnée de macro-calcifications. Il est surtout faux de prétendre que l'absence de calcifications à l'IRM constitue un élément indiscutable pour écarter une pathologie dégénérative.

Aussi, les éléments apportés par le Dr. L. _____, en ce qui concerne les tendinopathies achilléennes, ne modifient pas mes conclusions du 23 novembre 2019.

Conclusions qui rejoignent finalement celles du Dr. P. _____ (radiologue FMH, qui a décrit l'IRM du 10 mai 2019) et qui évoque une rupture sub-totale du tendon d'Achille, tendon présentant par

ailleurs un remaniement parlant en faveur d'une tendinopathie chronique « préexistante ». Tendinopathie qui occupe une large part du tendon en question ! »

Par déterminations du 24 juin 2020, le recourant a relevé qu'il n'avait jamais varié dans le récit de l'événement du 4 mai 2019 et qu'il avait seulement précisé aux spécialistes qui l'ont examinés que ce mouvement avait été effectué dans le contexte d'un exercice débutant par un saut à la corde suivi d'un démarrage de course et d'un plongeon au sol. Il en déduisait que la remarque du Dr G. _____ selon laquelle il y aurait eu un mouvement subit « en passant de la position debout à la position couchée » n'était que la retranscription par ce médecin de sa propre compréhension de l'événement. Il a fait valoir que la douleur s'était manifestée de manière soudaine, après un geste subit propre à entraîner une rupture sub-totale du tendon d'Achille, sans lequel cette lésion ne serait pas survenue. A l'appui de cette écriture, le recourant a produit un lot de photographies ainsi que des déclarations « sur l'honneur » écrites de deux témoins de l'événement litigieux, datées du 10 juin 2020 ; on extrait ce qui suit de celle établie par O. _____ :

« Dans le cadre d'un camp d'entraînement de gardien de football, organisé aux [...], par moi-même, M. Z. _____, en tant qu'entraîneur adjoint, a démontré un exercice à l'aide d'une corde à sauter suivi d'un démarrage (cf photos jointes). Après la réception d'un saut, au moment de reprendre la course, il a ressenti une forte douleur au niveau du mollet et est resté bloqué sur place.

Me trouvant à environ dix mètres de la scène, j'ai pu constater que suite à cet accident, M. Z. _____ ne pouvait plus marcher et il a fallu mon aide ainsi que celle d'un autre entraîneur-adjoint pour le porter jusqu'au vestiaire en attendant qu'un autre membre dirigeant du club puisse le conduire à l'hôpital ».

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 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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents en raison d'une déchirure du tendon d'Achille constatée ensuite de l'événement du 4 mai 2019. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si cette atteinte est d'origine accidentelle ou, à défaut, si elle constitue une lésion assimilée à un accident.

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. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire (TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3).

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs,

il résulte de la définition même de l'accident que 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; 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).

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). Il en va ainsi notamment lors d'un « mouvement non coordonné », 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 trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2).

S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, le Tribunal fédéral a considéré à diverses reprises que l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, il a souvent nié le caractère extraordinaire de la cause externe lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que

surviennent un incident particulier, la notion d'accident n'étant réalisée que si l'exercice sportif se déroule autrement que ce qui est prévu (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925 s. ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4).

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) ou d'un joueur victime d'une charge contre la balustrade durant un match de hockey sur glace (ATF 130 V 117 consid. 3). Il a en revanche 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)

4. En l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.2).

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_562/2019 du 16 juin 2019 consid. 4.4).

5. 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 139 V 176 consid. 5.3 ; 126 V 353 consid. 5b et les réf. citées). Il n'existe 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 (TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3).

Il appartient à l'assuré de 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 vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3). Quant à la preuve de l'existence d'une cause extérieure 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, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, 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 (TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2, et les réf. citées).

6. 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

D'après la jurisprudence, 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_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 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

7. a) Le recourant soutient en premier lieu que l'événement du 4 mai 2019 constitue un accident au sens des art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA.

b) Le déroulement de l'événement du 4 mai 2019 est décrit de manière différente dans les rapports médicaux établis les 6 et 8 mai 2019, puisqu'il est question, dans le premier, d'un plongeon au sol (« mouvement subit en passant de la position debout à couché ») et dans l'autre d'une « contraction explosive du triceps ». Pour sa part, le recourant a rempli deux formulaires de déclaration d'accident postérieurement à ces examens médicaux. Le 10 mai 2019, il a mentionné avoir ressenti une douleur vive lors d'une démonstration de sauts à la corde ; le 15 mai 2019, il a écrit qu'il montrait un exercice de sauts à la corde suivi d'un démarrage en course, la douleur étant survenue au moment du démarrage. Ces deux déclarations, faites à quelques jours d'intervalle, ne paraissent pas contradictoires, mais plutôt complémentaires. Elles sont en outre corroborées par le témoin O._____. Cette description est d'ailleurs compatible avec la notion de contraction explosive utilisée dans le rapport médical du 8 mai 2019. Elle doit donc être retenue, en relevant simplement, comme le soutient le recourant, que les médecins qu'il a vus juste après l'accident ont probablement extrapolé l'exécution d'un plongeon, figure qu'un gardien de but de football est souvent amené à pratiquer.

Cela étant, il apparaît que la rupture du tendon a eu lieu dans un contexte sportif, durant un exercice d'entraînement de gardien de but de football. Toutefois, aucune pièce au dossier ne fait état d'un mouvement imprévu ou involontaire du recourant lors de la survenance de sa douleur. L'intéressé a certes précisé que le temps était froid et qu'il avait neigé, mais il n'a évoqué aucune glissade, perte d'équilibre, bousculade ni aucun autre élément qui serait venu perturber le déroulement normal de l'exercice qu'il effectuait. Le témoin O._____ n'a

pas indiqué non plus, dans sa déclaration, que le recourant aurait fait un mouvement inhabituel. Enfin, si une température relativement basse a éventuellement pu favoriser la survenue de la déchirure tendineuse - ce qui n'est pas établi - il est notoire que le football, sport de plein air, peut se pratiquer par temps froid ou humide et que sa pratique comprend de brusques démarrages en course. Ainsi, l'on doit retenir que l'intéressé a effectué des mouvements volontaires dans le cadre d'un exercice ordinaire d'entraînement de gardien de but de football, ce qui exclut toute notion de facteur extérieur extraordinaire.

Il découle de ce qui précède que l'événement litigieux n'est pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'art. 6 al. 1 LAA n'est pas applicable. Le recours est dès lors mal fondé sur ce point.

8. a) Le recourant invoque également l'art. 6 al. 2 LAA et soutient que la lésion tendineuse dont il a été victime doit être assimilée à un accident.

b) Comme il a été constaté ci-dessus, le recourant a opéré un démarrage soudain lors d'un entraînement de football et a immédiatement ressenti une vive douleur au niveau du tendon d'Achille. Il s'agit d'un événement clairement identifiable, à la suite duquel une déchirure de ce tendon a été constatée. L'assurance-accidents est donc tenue de prêter, à moins que ne soit établie, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'origine malade ou dégénérative prépondérante de cette lésion tendineuse.

c) Dans son rapport du 23 novembre 2019, le Dr S. _____ attribue la déchirure tendineuse, pour plus de 50 %, à une tendinopathie chronique. Il se fonde sur une IRM pratiquée le 9 mai 2019, lors de laquelle le Dr P. _____ a constaté une lésion subtotale du tendon d'Achille droit, à 7 cm de son insertion sur le calcanéum, le reste du tendon présentant un aspect remanié « pouvant faire évoquer une tendinopathie chronique préexistante ». Le Dr S. _____ se fonde également sur sa propre analyse de cette IRM, dans laquelle il souligne que le tendon n'est pas uniquement

hétérogène, mais également épaissi, de manière irrégulière, ce qui, selon lui, reflète typiquement un contexte dégénératif et ne correspond pas (avec une haute vraisemblance) à une solution de continuité abrupte d'un tendon, sur tendon sain. En d'autres termes, ce médecin conclut qu'il s'agit d'une déchirure partielle sur fond de dégénérescence. Quelques lignes plus loin dans ce même rapport, il répète que la déchirure paraît assez clairement s'intégrer dans un cadre dégénératif préexistant, en qualifiant cette fois ce cadre dégénératif de « tendinopathie chronique ». Il ajoute alors que ce cadre dégénératif est « prépondérant », sans toutefois motiver cette appréciation. Dans son rapport complémentaire du 18 avril 2020, le Dr S._____ ne motive pas davantage son appréciation relative au caractère « prépondérant » du contexte pathologique préexistant, sauf peut-être en soulignant, sans autre commentaire, que la tendinopathie occupe une large part du tendon.

d) Une tendinopathie chronique du tendon d'Achille est un syndrome clinique associant une douleur progressive (achillodynie) et un épaississement du tendon et/ou du péri-tendon, qui entraîne une réduction de la performance de ce dernier (Jean-Luc Ziltener/Sandra Leal/Maxime Grosclaude, Lésions du tendon d'Achille chez le « sportif » : étiologie et prise en charge, in Revue médicale suisse 2011, vol. 7, pp. 595 ss). Les Drs Jeanne Berner et Pascal Zufferey la définissent pour leur part comme étant un syndrome clinique comprenant une douleur, une tuméfaction et une capacité fonctionnelle réduite, dans un article auquel se réfère le Dr S._____ lui-même dans son rapport complémentaire du 18 avril 2020 (Jeanne Berner/Pascal Zufferey, Tendinopathie d'Achille, in Revue médicale suisse 2015, vol. 11, pp. 606 ss). Ils exposent qu'elle est le plus souvent secondaire à des microtraumatismes répétés dans le contexte d'une surcharge ou d'une surutilisation du tendon, responsable d'un déséquilibre entre les capacités mécaniques de résistance du tendon et les contraintes auxquelles il est soumis. Des processus dégénératifs et inflammatoires peuvent coexister. Initialement, une phase réactive engendrée par une surcharge du tendon conduit à une réponse non inflammatoire cellulaire, avec notamment épaississement du tendon. S'ensuit une étape appelée *tendon dysrepair*, associée à des changements

plus marqués de la matrice extracellulaire et possiblement à une hypervascularisation et une croissance neuronale. Ces processus sont considérés comme étant réversibles. La poursuite des modifications cellulaires et de la matrice conduit à une tendinopathie dégénérative avec présence de zones acellulaires ou de cellules apoptotiques et une matrice très remaniée. Ce terrain serait favorable pour une rupture tendineuse. Cliniquement, les douleurs surviennent initialement uniquement après l'effort puis peuvent être présentes au début de l'effort pour enfin devenir constantes et gêner les activités simples. Dans des formes plus inflammatoires, ou plus avancées, les douleurs peuvent également être présentes la nuit, associées à une raideur matinale.

En l'espèce, les Drs P._____ et S._____ ont fait état, sur l'IRM du 9 mai 2019, d'un état remanié du tendon d'Achille, ce qui plaide en faveur d'une atteinte relativement avancée du tendon. Le rapport du Dr L._____ du 21 février 2020, qui déclare ne pas pouvoir « affirmer avec certitude » que la rupture aiguë s'est produite sur une tendinopathie chronique du tendon d'Achille, ne suffit pas à remettre en cause ce constat. Force est toutefois de constater qu'aucune pièce au dossier n'indique que le recourant aurait présenté des signes cliniques de tendinopathie chronique du tendon d'Achille avant l'événement du 4 mai 2019. Or, le fait que les atteintes observées à l'IRM ne s'étaient pas manifestées précédemment par des signes cliniques plaide plutôt contre l'hypothèse d'une atteinte très avancée du tendon lors de l'événement du 4 mai 2019. En cela, la qualification des atteintes préexistantes de tendinopathie chronique par le Dr S._____ paraît excessive. Quoi qu'il en soit, si l'on doit admettre que des atteintes préexistantes ont pu favoriser une déchirure aiguë du tendon d'Achille le 4 mai 2019, cela ne suffit pas encore à considérer qu'elles ont constitué le facteur prépondérant dans la rupture tendineuse.

e) Sur le plan médical, la cause exacte d'une déchirure aiguë du tendon d'Achille n'est pas connue. On postule qu'une maladie sous-jacente du tendon peut favoriser la survenue d'une rupture. Cette hypothèse est étayée par la présence d'une dégénérescence mucoïde et

hypoxémique, de nécroses tissulaires, de calcifications et d'une tendino-lipomatose. On retrouve un premier pic d'incidence entre 30 et 50 ans, chez des patients actifs qui pratiquent des sports avec des sauts répétés et accélérations-freinages. Le deuxième pic se situe après 50 ans, plutôt chez les patients non athlétiques et les femmes. Les trois quarts des ruptures sont liées à l'activité physique et particulièrement aux sports de raquette et ballon, qui représentent 89 % des cas. Les sports à risques sont ainsi les disciplines qui comportent des sauts, de la course et des changements de direction avec une charge excentrique répétée. A titre d'exemple, on citera le squash, le badminton, le football, le volley-ball et le basket. Le diagnostic est essentiellement clinique. Le patient rapporte une douleur fulgurante en regard du tendon d'Achille de type *coup de hache* et peut parfois même entendre un claquement. Il s'ensuit une douleur postérieure de la cheville et une impotence fonctionnelle associée à une boiterie. Classiquement, à l'inspection, on retrouve un hématome sur le bord médial et latéral du pied (Ziltner/Leal/Grosclaude, p. 600). Dans la majorité des cas, la rupture aiguë du tendon d'Achille est liée à un effort d'accélération brusque durant une activité sportive. Le plus souvent, il s'agit donc d'un traumatisme indirect. Les ruptures spontanées sont rares et apparaissent dans le contexte de maladie systémiques ou de médication par corticoïdes ou fluoroquinolones (Félix Neumayer/Xavier Crevoisier/Mathieu Assal, Diagnostic et traitement de la rupture du tendon d'Achille, in Revue médicale suisse 2012, vol. 8, pp. 1490 ss).

En l'espèce, le recourant a procédé à un démarrage brusque, après réception d'un saut et avec un changement de direction. Les Drs V._____ et L._____ évoquent, de manière probante, une contraction explosive du triceps lors de cette action. Le recourant a ressenti une douleur et un claquement au niveau du tendon d'Achille droit (« coup de fouet derrière le pied », selon ses déclarations à l'intimée). Le recourant a aussitôt constaté une perte de la fonction de ce tendon, devant même se faire porter jusqu'au vestiaire (cf. témoignage écrit d'O._____ du 10 juin 2020). Ces descriptions sont typiques d'une déchirure aiguë du tendon d'Achille. Dans ce contexte, force est de constater que si une telle déchirure a pu être favorisée par des facteurs

dégénératifs préexistants, rien ne permet de considérer que ces facteurs ont joué, au degré de la vraisemblance prépondérante, un rôle causal prépondérant dans la lésion aiguë survenue le 4 mai 2019, par rapport au démarrage brusque effectué par le recourant.

f) Ainsi, au vu de ce qui précède, l'on doit retenir que l'argumentation du Dr. S._____ permet certes d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la présence d'une atteinte malade préexistante. En revanche, elle ne permet pas de qualifier cette atteinte préexistante de « tendinopathie chronique » ni d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle serait la cause prépondérante de la déchirure tendineuse constatée chez le recourant après l'événement du 4 mai 2019.

Il s'ensuit que la déchirure tendineuse aiguë subie par le recourant le 4 mai 2019 doit être assimilée à un accident et que l'intimée est tenue d'allouer des prestations légales ensuite de cette atteinte à la santé conformément à l'art. 6 al. 2 let. f LAA.

9. a) Le recours est par conséquent admis. La décision sur opposition rendue le 20 janvier 2020 doit être annulée et la cause renvoyée à C._____, pour qu'elle prenne en charge les suites de la déchirure du tendon d'Achille survenue le 4 mai 2019.

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

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2500 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 mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 20 janvier 2020 par C._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'elle prenne en charge les suites de la déchirure du tendon d'Achille survenue le 4 mai 2019.

- III. C._____ versera à Z._____ la somme de 2500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me François Roux (pour le recourant),
- C._____,
- 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 :