

# **VD\_GERICHTE ZA15.019464 vom 16. November 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-11-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA15.019464](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.019464)

FR: VD\_GERICHTE ZA15.019464 du 16 novembre 2015

IT: VD\_GERICHTE ZA15.019464 del 16 novembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment de son dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (cf. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

### **E. 1.2**

; TF 8C\_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4 et les références). d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la

- 16 - cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée).

### **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

- 11 - des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c). b) Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 28 août 2014. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'événement en cause constitue un accident ou une lésion assimilée à un accident et, le cas échéant, s'il existe un lien de causalité entre celui-ci et l'atteinte au dos dont se plaint l'intéressé.

### E. 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). aa) L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C\_995/2010 du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2). Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Jean-Maurice Frésard/ Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundes- verwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le

- 12 - facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). 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, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues (cf. ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 71 p. 860). Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et 121 V 35 consid. 1a avec les références citées). Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur («mouvement non programmé», cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 74). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur – l'interaction entre le corps et l'environnement – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (cf. RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [TFA U 322/02 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (cf. RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette

- 13 - exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 79 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss consid. 3b ; TF 8C\_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (cf. TF 8C\_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 in : SVR 2011 UV no 4 p. 12 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 avec les références citées et 8C\_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865).

- 14 - Le droit à des prestations découlant d'un accident requiert au surplus un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). b) L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : - les fractures (let. a), - les déboîtements d'articulations (let. b), - les déchirures du ménisque (let. c), - les déchirures de muscles (let. d), - les élongations de muscles (let. e), - les déchirures de tendons (let. f), - les lésions de ligaments (let. g) et - les lésions du tympan (let. h). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. 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

- 15 - extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références). A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 4, 123 V 43 ; cf. TF 8C\_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1, 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1). c) S'agissant de 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 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 45 consid. 2a ; RAMA 2004 no U 515 p. 420 consid.

#### **E. 4**

a) En premier lieu, il sied de constater que la lésion alléguée ne peut pas, en tant que telle, être assimilée à un accident au sens l'art. 9 al. 2 OLAA. Selon le recourant, il aurait présenté une « élongation musculaire » dans les suites de l'événement du 28 août 2014, laquelle serait donc une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. e OLAA. Or le rapport d'IRM du 3 octobre 2014 ne mentionne aucune élongation musculaire, pas plus qu'un déchirement, mais uniquement des lésions anciennes ou dégénératives. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a lui aussi constaté des atteintes de nature uniquement dégénérative, et non traumatique, dans son rapport d'IRM du rachis cervical du 15 septembre 2014, savoir une unco cervicarthrose avec réduction du foramen C5-C6 droit ainsi qu'un conflit ostéoradiculaire. A cela s'ajoute que le Dr C. \_\_\_\_\_ a initialement diagnostiqué une « contusion » musculaire et ligamentaire sur dégénération cervicale (rapport du 23 octobre 2014 à la CNA), ce qu'il a répété dans son rapport du 7 janvier 2015, en faisant état de « contusions musculaires cervicales et thoraco-lombaires ». Ce n'est qu'à la suite de l'interpellation du représentant de l'assuré que le médecin traitant a finalement précisé que les contusions diagnostiquées devaient être comprises comme des élongations (cf. rapport non daté produit à l'appui du complément d'opposition de l'assuré du 26 janvier 2015), confirmant dans son rapport du 24 avril 2015 que le diagnostic à retenir était celui d'étirement musculaire.

- 17 - Quoi qu'il en soit, le diagnostic d'élongation, respectivement d'étirement musculaire, retenu par le médecin traitant ne peut être confirmé : comme l'ont relevé de façon détaillée et pertinente les médecins d'arrondissement de la CNA, le diagnostic d'étirement

musculaire ne correspond pas aux constatations objectives, pas plus qu'à la réalité clinique et aux investigations radiologiques. Il apparaît bien plutôt qu'en fournissant un effort pour retenir la grille, l'assuré a contracté sa musculature paravertébrale, ce qui a conduit à l'apparition de douleurs (cf. appréciation du Dr W. \_\_\_\_\_ du 25 mars 2015). Le Dr C. \_\_\_\_\_ admet au demeurant lui-même l'absence de traumatisme musculaire perceptible sur l'IRM effectuée le 1er octobre 2014 (cf. rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 24 avril 2015). Le médecin traitant fonde son constat de traumatisme musculaire de type étirement sur « la connaissance du patient, le caractère des douleurs et l'évolution favorable ». Or le Dr N. \_\_\_\_\_ a expliqué de manière exhaustive et complète que les déchirures musculaires au niveau rachidien sont exceptionnelles, contrairement aux spasmes ou contractures réflexes qui sont fréquents. Il a en outre constaté sur la base de l'imagerie que l'on pouvait retenir avec haute probabilité l'absence de lésion musculaire traumatique de type II ou III. Les examens complémentaires n'avaient par ailleurs mis en évidence que des pathologies dégénératives. Quant aux observations du Dr C. \_\_\_\_\_ fondées sur la connaissance du patient, ses douleurs et leur évolution, le Dr N. \_\_\_\_\_ a relevé que si l'anamnèse et la clinique orientent certes toujours le diagnostic, ces seuls instruments peuvent apparaître insuffisants pour différencier un léger claquage musculaire d'un spasme ou d'une contracture. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a ajouté que lors d'une lésion musculaire par effort, on retrouve une atteinte localisée, contrairement au cas du spasme musculaire. Or dans le cas de l'assuré, il n'y avait pas d'informations cliniques valables ; on peinait en outre à mettre en évidence des éléments parlant pour une atteinte musculaire locale à l'anamnèse, l'assuré se référant à des douleurs « à la colonne vertébrale ». Les rapports du médecin traitant ne permettaient pas non plus de comprendre exactement où se situaient les douleurs. Pour le Dr N. \_\_\_\_\_, la présence de douleurs diffuses parle dès lors clairement pour un problème de contracture (type lumbago ou torticolis) et non pas pour

- 18 - une atteinte musculaire localisée de type traumatique. Il a ainsi conclu que compte tenu du caractère exceptionnel des élongations ou des déchirures au niveau du rachis, vu l'absence d'éléments mis en évidence par les examens complémentaires, et dans la mesure où les éléments anamnestiques et cliniques ne parlent pas en faveur d'une atteinte musculaire localisée, une lésion musculaire de type élongation ou déchirure dans les suites de l'événement du 28 août 2014 pouvait être exclue. Dans ces circonstances, on retiendra, au stade de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré n'a pas présenté dans les suites de l'événement du 28 août 2014 une déchirure ou une élongation de muscles, mais tout au plus une contracture musculaire aiguë. Or une telle atteinte ne figure pas au nombre des affections énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, dont la liste est exhaustive (cf. ATF 116 V 145), et ne peut dès lors pas être assimilée à un accident. b) Il convient dès lors d'examiner si l'événement du 28 août 2014 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Pour le recourant, il s'est blessé en retenant une grille dont il estime le poids à 150 kilos, qui a basculé. L'intimée conteste pour sa part tout caractère extérieur extraordinaire à l'événement. Aux termes de la déclaration de sinistre du 30 septembre 2014, le recourant a expliqué qu'alors qu'il était occupé à soulever une grille d'accès avec trois autres personnes, celle-ci, plus lourde que prévu, avait basculé. Il avait alors dû fournir un effort violent pour la retenir et avait ressenti une forte douleur au niveau de la colonne vertébrale. Dans son complément d'opposition du 26 janvier 2015, il a précisé qu'il tenait la grille avec trois autres personnes lorsque l'une d'elles l'avait lâchée ; il avait alors retenu la grille, dont il estimait le poids à 150 kilos, pour éviter sa chute au fond d'un puits de dix mètres de profondeur. A cette occasion, il avait fourni un effort soudain et violent et avait

immédiatement ressenti une douleur aiguë dans le dos.

- 19 - L'assuré a fait état d'une douleur immédiate dans toutes ses déclarations, laquelle était apparue lorsqu'il avait retenu la grille, dont il a estimé le poids à 150 kilos. Selon la description de l'événement dommageable, il y a lieu d'admettre un mouvement « non programmé » au sens dégagé par la jurisprudence eu égard au mouvement désordonné, involontaire, exercé par le recourant, à l'instar par exemple d'un mouvement effectué par réflexe (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1). Il appert en effet que le déroulement naturel a été influencé par un élément extraordinaire particulier et imprévisible, savoir la bascule de la grille, qui a entraîné un mouvement incontrôlé. Nonobstant le fait que le recourant a ressenti une douleur immédiatement, il n'en reste pas moins que dans le cas particulier, surpris par le fait que la grille a basculé, il s'est vu contraint de fournir de façon involontaire et improvisée un effort sur lequel il n'avait pas de maîtrise. Le mouvement réflexe non coordonné a ainsi consisté en un « faux mouvement » pour retenir la grille de 150 kilos. De telles circonstances excèdent à l'évidence le cadre habituel de l'activité du recourant. Il se justifie dès lors d'admettre la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire et, partant, d'un événement accidentel. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que la condition du facteur extérieur extraordinaire est remplie en l'occurrence et que l'événement du 28 août 2014 doit être considéré comme un accident au sens de l'art. 4 LPGA. S'agissant du lien de causalité entre l'événement accidentel et les douleurs alléguées au niveau du dos par le recourant, il ressort des pièces au dossier que l'instruction médicale de l'intimée a porté très principalement, sinon exclusivement, sur la question de savoir si le recourant pouvait, ou non, avoir présenté une elongation ou une déchirure musculaire dans les suites de l'événement accidentel du 28 août 2014. Il est toutefois établi que le recourant a présenté une contracture musculaire aiguë à la suite dudit accident (cf. avis du Dr N. \_\_\_\_\_) ; il ressort également des indications données par le Dr C. \_\_\_\_\_ que son

- 20 - patient a pu reprendre son activité à plein temps le 24 octobre 2014 (cf. rapport à la CNA du 23 octobre 2014). Le statu quo sine apparait dès lors atteint dès cette date. Toutefois, en l'absence d'investigations plus complètes sur cette question, le dossier de la cause est retourné à la CNA, afin qu'elle détermine la date à laquelle le statu quo sine vel ante est rétabli.

## **E. 5**

a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que la caisse intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 28 août 2014, la cause lui étant retournée afin qu'elle détermine la date à laquelle le statu quo sine vel ante a été rétabli. b) La procédure étant gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD). Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a le droit à des dépens dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 al. 2 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'200 fr., à la charge de l'intimée qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).