

VD_GERICHTE ZA17.011735 vom 12. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.011735

FR: VD_GERICHTE ZA17.011735 du 12 novembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.011735 del 12 novembre 2018

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 34/17 - 143/2018 ZA17.011735 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 12 novembre 2018 _____ Composition : Mme DI FERRO
DEMIERRE, présidente M. Métral, juge, et M. Gerber, juge suppléant Greffière : Mme
Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : A. _____, à [...], recourant, représenté
par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et G. _____, [...], à [...], intimée,
représentée par Me Séverine Berger, avocate à Lausanne. _____ Art. 6 LAA.
402

- 2 - E n f a i t : A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, occupait la
fonction de directeur auprès de S. _____, succursale de K. _____, et était, à ce titre,
assuré auprès de la G. _____, [...] (ci-après : la G. _____ ou l'intimée) pour les
accidents et les maladies professionnelles. Le 6 septembre 2016, l'assuré s'est rendu à la
Permanence de la Polyclinique [...] P. _____ (ci-après : la Permanence P. _____), où il
a été examiné par le Dr B. _____, médecin assistant. Par rapport du même jour, ce
médecin a exposé ce qui suit : "Anamnèse La veille, en ramassant un sac de 15 kg par terre
(en le levant et tournant), douleur aiguë en bas du dos à G., env. 5 cm de la colonne vert.
sans irradiation. [...] Episode similaire il y a une dizaine d'années. Pas de traumatisme. [...] Problème et attitude Douleur lombaire d'origine mécanique" Le 7 septembre 2016,
l'employeur de l'assuré a transmis à la G. _____ une déclaration de sinistre LAA dont il
résultait que, le 5 septembre 2016 à 11 heures, alors qu'il se trouvait à son domicile et
soulevait un sac lourd avec ses deux mains, l'intéressé s'était tourné et avait ressenti une
vive douleur dans le dos. Le 9 septembre 2016, l'assuré s'est une nouvelle fois rendu à la
Permanence P. _____ et a été ausculté par la Dresse E. _____, médecin assistante. A
teneur de son rapport du même jour, cette dernière a rappelé que l'intéressé avait consulté le
6 septembre 2016, au motif qu'il avait ressenti un blocage au dos en se tournant alors qu'il
portait un sac de 15 kg de terreau à son domicile. S'agissant du problème concerné, la
Dresse E. _____ a évoqué un lumbago.

- 3 - Il ressort du dossier que l'assuré a été en arrêt de travail à 100 % du 6 au 12 septembre
2016. Il a également consulté un ostéopathe les 8 et 14 septembre 2016. Aux termes d'une
correspondance du 1er octobre 2016 à la G. _____, l'assuré a décrit l'événement
annoncé comme suit : "Le lundi 5.09.2016 alors que je transportais un sac de terreau d'une
quinzaine de kilos de ma voiture à mon balcon, au moment de franchir la porte du balcon,
un courant d'air a fait se rabattre la porte sur moi au moment où je franchissais le seuil. Cela
m'a fait trébucher et échapper le sac de terreau et en voulant le rattraper je suis tombé et
senti une vive douleur dans le bas du dos côté gauche. [...] Je vous remercie de faire le
nécessaire dans les meilleurs délais et espère ne pas avoir à faire intervenir ma protection
juridique." Par avis du 19 octobre 2016, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie et

médecin-conseil de la G._____, a retenu que l'atteinte à la santé était clairement la conséquence d'une maladie ou d'une dégénérescence, sans cause traumatique. Comme facteurs accidentels, il a mentionné un blocage sans traumatisme. A teneur d'un compte-rendu daté du 25 octobre 2016, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne, a signalé que, d'après les indications du patient, ce dernier avait ressenti des douleurs lombaires après une chute. B. Dans une correspondance du 3 novembre 2016 adressée à l'assuré, la G._____ a exposé que l'événement du 5 septembre 2016 ne constituait pas un accident, faute de cause extérieure extraordinaire, et qu'il ne s'agissait pas non plus d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Par lettre du 8 novembre 2016, l'assuré a fait valoir notamment ce qui suit :

- 4 - "[...] Lorsque j'ai rencontré le 1er médecin « stagiaire » il ne m'a pas du tout questionné sur les circonstances de cet accident domestique et je ne lui ai donc pas donné plus de détail. Par la suite, après avoir saisi les subtilités visant à vous dédouaner de toutes prises en charge... [...], je vous ai donné les détails précis de ce qui m'est arrivé, à savoir : Le lundi 5.09.2016 alors que je transportais un sac de terreau d'une quinzaine de kilos de ma voiture à mon balcon, au moment de franchir la porte du balcon, un courant d'air a fait se rabattre la porte sur moi au moment où je franchissais le seuil. Cela m'a fait trébucher et échapper le sac de terreau et en voulant le rattraper je suis tombé et j'ai senti une vive douleur dans le bas du dos côté gauche. Je peux vous assurer que cela s'est exactement passé comme cela et que je ne cherche pas à vous extorquer [...] quelques remboursements soient-ils et au demeurant minimales." Par décision du 24 novembre 2016, la G._____ a confirmé son appréciation selon laquelle l'événement du 5 septembre 2016 ne constituait ni un accident, en l'absence de cause extérieure extraordinaire, ni une lésion corporelle assimilée à un accident. C. Aux termes d'un courrier du 14 décembre 2016, l'assuré, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a formé opposition contre la décision susdite, faisant en substance valoir que l'événement du 5 septembre 2016 était constitutif d'un accident. Son conseil a par ailleurs requis la transmission d'une copie complète du dossier. La G._____ a écrit le 5 janvier 2017 au conseil de l'assuré afin de connaître le nom et l'adresse de la caisse-maladie de l'intéressé, lequel a fourni les indications nécessaires par courrier électronique du 10 janvier 2017. L'assuré et la G._____ ont encore échangé plusieurs emails concernant les suites de la procédure. S'étant vu communiquer la décision du 24 novembre 2016 par envoi du 12 janvier 2017, en sa qualité d'assureur-maladie, M._____ a fait provisoirement opposition le 6 février 2017. La G._____ en a informé

- 5 - l'assuré le 7 février 2017, tout en soulignant que sa décision interviendrait dès réception des déterminations de l'assureur-maladie. Par acte du 13 février 2017, M._____ a retiré son opposition au motif que, suite à l'examen du dossier transmis par la G._____, les frais médicaux inhérents à l'état de santé de l'assuré étaient à la charge de l'assurance- maladie. Par décision sur opposition du 14 février 2017, la G._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 24 novembre 2016, motif pris de l'absence d'accident au sens de la loi. Elle a motivé son refus en ces termes : "Après s'être fait mal au dos le 5 septembre 2016 en portant un sac de terre, Monsieur A._____ s'est rendu à la permanence P._____ le lendemain. Au médecin qui l'ausculta il expliqua qu'il avait ramassé un sac de 15 kg et que c'est en le levant et tournant qu'il avait ressenti une douleur aiguë en bas du dos à gauche. Ces explications figurent sous la rubrique anamnèse du rapport du Dr B._____ du 6 septembre 2016. Il s'agit donc bien des explications

fournies par l'assuré lui-même[.] En effet, on voit mal pour quelle raison le Dr B. _____ n'aurait pas fidèlement retranscrit les informations de l'assuré qui sont, on le sait, absolument essentielles à l'élaboration d'un bon diagnostic. Par ailleurs, dans cette anamnèse, il est clairement précisé qu'il n'y a pas de traumatisme. Cette information ne peut, elle aussi, qu'émaner de l'assuré. Pourquoi ce dernier aurait passé sous silence sa chute, si chute il y a eu? La chute dont fait état l'assuré dans son courrier du 1er octobre 2016 n'est pas non plus documentée dans le rapport de la Dresse E. _____ consultée le 9 septembre 2016. En effet; celle-ci mentionne dans son rapport sous la rubrique anamnèse : « patient a consulté pour un lumbago le 6.09.16. Revient car il n'arrive pas encore à reprendre son travail, il avait porté un sac de 15kg de terreau à domicile et en se tournant a ressenti un blocage ». Ici également on comprend mal les raisons qui auraient poussé l'assuré à ne pas mentionner sa chute et ce d'autant plus que les douleurs étaient toujours présentes et l'empêchaient de reprendre son travail. Si chute il y avait eu, il n'aurait pas omis d'en parler. Enfin, cette chute n'est pas non plus mentionnée dans la déclaration d'accident du 7 septembre 2016. Celle-ci fait état des mêmes circonstances que celles relatées aux médecins : c'est en soulevant un sac lourd avec ses deux mains et en se tournant que l'assuré a ressenti une vive douleur dans le dos. Les explications fournies par l'assuré dans son courrier du 1er octobre ne sont guère vraisemblables. En effet, en règle générale les portes des balcons s'ouvrent vers l'intérieur. Si un courant d'air avait refermé la porte au moment où Monsieur A. _____ s'apprêtait à la

- 6 - franchir les bras chargés d'un sac de 15 kg, il se serait trouvé devant la porte fermée. Elle ne pouvait donc le faire trébucher. S'il était en train de franchir le seuil au moment où la porte se refermait, celle-ci se serait refermée sur son dos mais pas avec une force suffisante pour le faire trébucher alors qu'il était encore lesté de 15 kg sur les bras. Enfin, compte tenu du fait qu'il s'agissait d'un sac de terreau et non d'un objet cassable et précieux, il est également peu vraisemblable que l'assuré ait cherché à le rattraper alors qu'il lui échappait des mains. L'accident ayant été décrit de différentes manières aux différents intervenants, force est de constater que nous nous trouvons dans un cas de figure où l'instruction d'office menée par l'assureur ne permet pas d'établir un état de fait vraisemblable. L'assureur est dès lors fondé voire même contraint d'appliquer les principes dégagés par la jurisprudence et de se référer aux premières déclarations de l'assuré, soit celles qui ont été faites de manière spontanée, sans que les éventuelles conséquences négatives de ces déclarations n'aient pu être analysées par l'assuré (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2d ; à ce sujet, voir également le commentaire de Pantli/Kieser/Pribnow, paru in PJA 2000 p. 1195). A ce stade du raisonnement, il convient dès lors d'admettre que le déroulement de l'événement du 5 septembre 2016 est celui décrit aux médecins : c'est en soulevant et en tournant un sac de 15 kg que le lumbago se serait déclenché. [...] La manœuvre effectuée par Monsieur A. _____ n'est manifestement pas inhabituelle ou extraordinaire pour un homme adulte. Ce d'autant plus que l'assuré est en bonne condition physique. Par ailleurs, un poids de 15 kg n'est pas particulièrement important ni disproportionné si l'on se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Il est fréquent dans la vie quotidienne d'être amené à déplacer ou porter des objets plus ou moins volumineux ou plus ou moins lourds. Cela n'a rien d'extraordinaire. On ne peut donc considérer que l'effort de Monsieur A. _____ était inhabituel. La condition du caractère extraordinaire faisant manifestement défaut, l'événement du 5 septembre 2016 ne peut être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPG. En outre, et dans un souci d'exhaustivité, la G. _____ précise que le lumbago n'est pas mentionné dans la liste

exhaustive de l'art. 9 OLAA, et qu'il ne peut, dès lors, pas non plus s'agir d'une lésion assimilée à un accident." D. Agissant par l'entremise de son conseil, A. _____ a recouru le 17 mars 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à la réforme de cette décision et à ce que la G. _____ prenne en charge l'événement du 5 décembre [recte : septembre] 2016 en tant qu'un accident, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Sur le plan formel, le recourant a invoqué

- 7 - une violation du droit d'être entendu dans la mesure où l'intimée n'avait pas donné suite à sa demande de transmission d'une copie complète du dossier. Sur le plan matériel, il a fait valoir que l'événement du 5 septembre 2016, tel que décrit en détail le 1er octobre 2016, était constitutif d'un accident. Dans sa réponse du 2 mai 2017, l'intimée, sous la plume de son conseil, a conclu au rejet du recours. S'agissant de la violation du droit d'être entendu, elle a relevé que le recourant n'avait pas renouvelé sa demande de consultation du dossier lors des différents échanges intervenus en janvier et février 2017. Elle a estimé, en tout état de cause, que l'éventuelle violation du droit d'être entendu était réparée dans la mesure où le recourant avait pu s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Sur le fond, la G. _____ a confirmé l'argumentation développée dans la décision sur opposition. Parallèlement, toujours le 2 mai 2017, l'intimée a adressé un exemplaire complet du dossier du recourant au conseil de ce dernier. Le 4 mai 2017, la juridiction cantonale a informé le recourant, par son conseil, qu'il avait la possibilité de prendre connaissance du dossier au greffe de la cour. Dans sa réplique du 9 juin 2017, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a en particulier souligné que la déclaration de sinistre LAA du 7 septembre 2016 et les certificats médicaux des 6 et 9 septembre 2016 n'émanaient pas de lui-même mais de son employeur, respectivement de la D. _____. Il a en outre réfuté toute réparation de la violation du droit d'être entendu dans la mesure où il n'était toujours pas en possession d'un dossier complet de la cause. Par écriture du 12 juin 2017, l'intimée a exposé que le dossier complet avait été envoyé le 2 mai 2017 au conseil du recourant.

- 8 - Se déterminant le 3 juillet 2017 sur la réplique du recourant, la G. _____ a maintenu sa position, renvoyant notamment à son écriture du 12 juin précédent. 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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur la question de savoir si l'évènement du 5 septembre 2016 relève d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Le constat que le lumbago n'est pas une lésion assimilée à un accident au sens de loi n'est, en revanche, pas contesté. 3. Dans la mesure où le recourant invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu, la Cour de céans examinera en priorité

ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne

- 9 - en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 et les références). Plus particulièrement, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b ; 122 I 109 consid. 2b). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation. Une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées). b) Dans le cas particulier, le recourant reproche à l'intimée de ne pas lui avoir transmis le dossier complet de la cause tel qu'il l'avait requis dans son opposition du 14 décembre 2016.

- 10 - La Cour de céans relève, à cet égard, qu'il est indéniable qu'avant de statuer sur opposition, l'intimée se devait de donner suite à la demande du recourant et d'envoyer le dossier pour consultation à l'avocat de ce dernier ou, à défaut, l'inviter à venir consulter les pièces en question sur place – ce que la G. _____ n'a pas fait. Pour autant, force est de constater que les parties ont échangé lettres et courriers électroniques entre janvier et février 2017, sans que l'avocat ne renouvelle sa demande. En particulier, l'intimée a écrit le 5 janvier 2017 au conseil du recourant pour l'inviter à transmettre les coordonnées de la caisse-maladie de son client, en vue de pouvoir rendre une décision sur opposition. L'avocat figurait par ailleurs en copie des différents emails adressés par l'assuré à l'intimée. Malgré tout, le conseil du recourant n'a à aucun stade réitéré sa requête. En résumé, s'il est clair qu'il y a eu omission de la part de l'intimée par inadvertance, il faut également constater que l'absence totale de réaction de la part du conseil du recourant n'est pas davantage admissible. La question de savoir si de telles circonstances relèvent d'une violation du droit d'être entendu peut néanmoins rester indécise. En effet, il n'en demeure pas moins que le recourant a pu faire valoir ses arguments (cf. mémoire de recours du 17 mars 2017 et réplique du 9 juin 2017) et eu l'occasion de consulter le dossier (cf. déterminations de l'intimée des 12 juin et 3 juillet 2017 ; cf. avis de la Cour de céans du 4 mai 2017) dans le cadre de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer – le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en

droit (TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Par conséquent, l'argument tiré d'une violation du droit d'être entendu doit être écarté. 4. a) C'est ici le lieu de noter, sur le plan temporel, que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'événement litigieux

- 11 - (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).
b) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Est réputée 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 pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid. 2.1 avec les références). 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. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; 121 V 35 consid. 1a). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (TF 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1 et les références). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maléfiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure –

- 12 - souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b et les références). Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "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 (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_827/2017 précité consid. 2.2). 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. 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 (TFA U 252/06 du 4 mai 2007 consid. 2 et les références citées). c) Au sujet 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 avec les premières. 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 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités). 5. a) En l'espèce, la décision attaquée se fonde principalement sur la maxime de preuve susmentionnée (cf. consid. 3c supra) pour retenir

- 13 - la description de l'événement faite par les Drs B. _____ et E. _____ ainsi que par l'employeur de l'assuré, au titre de « premières déclarations » de ce dernier. Le recourant conteste cette appréciation au motif que ces descriptions proviennent des médecins et de l'employeur, mais non de lui-même. Certes, la maxime de preuve relative aux déclarations initiales de l'assuré ne s'applique pas sans autre aux descriptions des faits dans les rapports médicaux et les déclarations d'accident rédigées par l'employeur, car ces descriptions émanent de tiers et ne lient pas l'assuré (TFA U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.2). En revanche, il est notoire que de telles descriptions reposent en principe sur des déclarations faites par l'assuré aux médecins et à l'employeur (en tout cas s'il s'agit d'un événement non professionnel comme en l'espèce). Si ces descriptions retranscrites par les médecins consultés par l'assuré directement après l'événement et par l'employeur dans la déclaration initiale d'accident sont cohérentes, et que l'employeur n'a pas connaissance du rapport des médecins, alors ces différentes descriptions peuvent former un faisceau d'indices fort quant à la manière dont l'assuré a décrit initialement l'événement. Il est en effet improbable, dans une telle situation, que plusieurs médecins et l'employeur aient décrit un déroulement contredisant les déclarations que l'assuré leur avait faites (voir dans ce sens TF 8C_530/2017 du 19 décembre 2017 consid. 4.4). Il est tout aussi improbable que les médecins et l'employeur aient décrit l'événement sans se fonder sur les déclarations propres de l'assuré. b) En l'espèce, l'événement du 5 septembre 2016 a été décrit de manière variable. Selon le premier rapport, rédigé le 6 septembre 2016 par le Dr B. _____ de la Permanence P. _____, la douleur au dos est survenue en ramassant un sac de 15 kg par terre (en le levant et tournant). Les trois éléments caractéristiques de cette description sont : (1) soulever un sac (2) lourd et (3) se tourner, la douleur étant apparue au moment de la rotation. Ces trois éléments se retrouvent dans la déclaration de sinistre

- 14 - LAA du 7 septembre 2016 établie par l'employeur de l'assuré et dans le rapport de la Dresse E. _____ du 9 septembre 2016. Contrairement à l'hypothèse où les rapports émaneraient de plusieurs médecins n'ayant pas connaissance des rapports des médecins précédents, le fait que tant le Dr B. _____ que la Dresse E. _____ – rattachés au même établissement – présentent le déroulement de l'atteinte à la santé de manière coordonnée ne démontre pas que le recourant aurait fait les mêmes déclarations à ces différents médecins ; il est en effet plausible que la Dresse E. _____ ait eu connaissance de l'anamnèse rédigée par le Dr B. _____ et ait rapporté celle-ci en ses propres termes. On peut en revanche déduire du fait que le déroulement de l'événement a été présenté de manière similaire tant par ces deux médecins que par l'employeur que tous se sont fondés sur des déclarations similaires de l'assuré. Dans cette mesure, il est possible de déduire des rapports des Drs P. _____ et E. _____ ainsi que de la déclaration d'accident de l'employeur une première version des déclarations propres de l'assuré relatives au

déroulement de l'événement du 5 septembre 2016. L'affirmation du recourant, dans sa lettre du 8 novembre 2016, selon laquelle le Dr B. _____ ne l'avait pas questionné sur les circonstances de l'événement et qu'il ne lui avait ainsi pas donné de détails n'est dès lors pas crédible. C'est au travers d'une lettre adressée le 1er octobre 2016 à la G. _____ que le recourant a, pour la première fois, précisé lui-même le déroulement des faits. Il y a déclaré avoir trébuché en franchissant la porte du balcon tout en portant un sac de terreau d'une quinzaine de kilos, parce qu'un courant d'air avait fait se rabattre la porte sur lui ; voulant rattraper le sac de terreau, il était tombé et avait ressenti une vive douleur dans le bas du dos, sur le côté gauche. La référence à une chute figure également dans le rapport du 25 octobre 2016 du Dr J. _____. Les deux seuls points communs entre les descriptions faites entre les 6 et 9 septembre 2016, d'une part, et celles faites à partir du 1er octobre 2016, d'autre part, sont le port d'un sac d'une quinzaine de kilos.

- 15 - La rotation mentionnée par les Drs B. _____ et E. _____ et par l'employeur comme cause de la douleur a en revanche disparu dans la lettre du 1er octobre 2016, au profit d'une chute consécutive à un trébuchement et à la tentative de rattraper le sac de terreau. Il est ainsi manifeste que la description faite par l'assuré le 1er octobre 2016 ne constitue pas une simple précision des faits tels que rapportés par les médecins et l'employeur entre les 6 et 9 septembre 2016, mais au contraire une description substantiellement différente de l'événement du 5 septembre 2016. La chute que le recourant a invoquée dans sa lettre du 1er octobre 2016 implique un contact brutal avec le sol ou une paroi. Or, non seulement serait-il peu vraisemblable que l'assuré ait oublié de mentionner un tel fait caractéristique au moins lors de la première des deux consultations médicales du 6 et du 9 septembre 2016, mais encore serait-il moins vraisemblable que les médecins aient renoncé à mentionner ce fait dans leur description de l'origine de l'atteinte constatée si le recourant le leur avait rapporté. Il s'y ajoute que le Dr B. _____ a relevé l'absence de traumatisme, ce qui n'est guère compatible avec une chute en essayant de rattraper un sac d'une quinzaine de kilos. On relèvera que le Dr J. _____ a mis l'accent sur la seule chute, a posteriori – le 25 octobre 2016 – et selon les dires du patient. La chute alléguée par le recourant dès le 1er octobre 2016 doit donc être considérée comme invraisemblable au regard de l'exigence de la vraisemblance prépondérante prévalant en assurances sociales. L'invraisemblance de la chute remet en question la plausibilité du reste de la description de l'événement du 5 septembre 2016 faite par le recourant dans sa lettre du 1er octobre 2016, vu qu'il ne s'agit pas d'une simple précision des faits rapportés précédemment mais d'une description substantiellement différente. La remise en question de la plausibilité est encore renforcée par le fait que le recourant a affirmé, dans sa lettre du 8 novembre 2016, qu'il avait donné à l'assureur des détails précis de ce qui lui était arrivé « après avoir saisi les subtilités visant à [...] dédouaner [l'assureur] de toutes prises en charges ». Les déclarations contenues

- 16 - dans la lettre du 1er octobre 2016 ne bénéficient donc pas de la présomption qu'ont usuellement les premières déclarations de l'assuré – à savoir que le recourant les aurait faites en ignorant les conséquences juridiques des faits exposés. Elles sont plus probablement le fruit, conscient ou non, de réflexions nouvelles au regard des conséquences juridiques potentielles des faits présentés (cf. consid. 3c supra). Par ailleurs, le recourant n'a soutenu ni dans sa lettre du 1er octobre 2016, ni dans celle du 8 novembre 2016, que la lésion était la conséquence directe d'un mouvement non coordonné tel le fait de trébucher ou celui de rattraper le sac en se penchant en avant (contrairement par exemple au cas

exposé dans l'arrêt TF 8C_579/2014, où une personne avait courbé le dos, les bras en avant, à moins de huitante centimètres du sol, pour rattraper un objet de 25 kg). Dans ces lettres des 1er octobre et 8 novembre 2016, le recourant a soutenu que la douleur avait été consécutive à la chute. Celle-ci n'étant pas vraisemblable, le trébuchement éventuel n'a pas eu de conséquence sur la lésion dorsale et n'est pas constitutif d'un accident. Reste l'hypothèse, plus vraisemblable, d'une atteinte consécutive à une rotation en portant un sac. Or, dans cette hypothèse, on ne peut clairement pas admettre de facteur extérieur extraordinaire. Le port d'un poids d'une quinzaine de kilos et la rotation avec un tel poids ne nécessitent pas un effort extraordinaire pour une personne adulte normalement constituée. Il n'y a pas non plus mouvement non coordonné. Dans ces conditions, c'est donc à juste titre que l'assureur intimé a nié que l'événement du 5 septembre 2016 soit constitutif d'un accident. 6. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne confirmation de la décision attaquée. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

- 17 - Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 14 février 2017 par la G._____, [...], est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière :

- 18 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour A._____) - Me Séverine Berger (pour la G._____, [...]), - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.