

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Brillard
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à 39400 Morez (F), recourant, représenté par Me Michel Chavanne, avocat à Lausanne,

et

N. _____, à Berne, intimée, représentée par Me Séverine Berger, avocate à Lausanne.

Art. 4 LPGA; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 13 octobre 1979, de nationalité française, a été engagé du 1^{er} avril au 30 juin 2011 en qualité de boulanger par la boulangerie-pâtisserie T. _____ Sàrl, au [...]. A ce titre, il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels par son employeur, auprès de N. _____ (ci-après: N. _____ ou l'intimée) sous la police n° [...].

L'assuré s'est blessé sur son lieu de travail, le 24 juin 2011. Les parties du corps atteintes étaient le dos ainsi que les abdominaux. Ayant dû interrompre son travail, il a consulté, le même jour, le service des urgences du centre hospitalier de [...]. La Dresse D. _____, praticien hospitalier, a alors posé le diagnostic de déchirure musculaire et attesté une incapacité de travail jusqu'au 2 juillet 2011.

A teneur d'un premier certificat médical du 28 juin 2011, la Dresse L. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a certifié que l'assuré se trouvait en arrêt maladie du 28 juin 2011 au 14 juillet 2011.

En date du 13 juillet 2011, sur demande de son médecin traitant, A. _____ a passé un scanner du rachis lombaire au service d'imagerie du centre hospitalier universitaire de [...] en raison de «lombalgies chroniques avec épisodes aigus intermittents irradiant dans les deux cuisses». Les lésions mises en évidence par ce scanner étaient les suivantes:

"Conclusion:
Discret pincement postérieur à l'étage L5-S1.
Discret bombement discal aux étages L3-L4, L4-L5 et L5-S1 sans conflit disco radiculaire mis en évidence.
Diamètre canalaire limite."

Le 13 juillet 2011, le Dr Z. _____, spécialiste en médecine générale, a établi un certificat médical d'incapacité de travail jusqu'au 19

juillet 2011 mentionnant «des douleurs invalidantes abdominales et lombaires». Le 19 juillet 2011, la Dresse L. _____ a prolongé "l'arrêt maladie" d'A. _____ jusqu'au 21 août 2011. Le 10 août 2011, l'assuré a fait parvenir une déclaration de sinistre LAA manuscrite à N. _____, déclaration signée à teneur de laquelle il précisait s'être blessé lors du «port d'un tapis à enfourner» et mentionnait «type de lésion: Hernie discale + Hernie inguinale».

Dans un courrier du 11 août 2011 à N. _____, l'assuré a précisé le déroulement de l'événement survenu le 24 juin 2011, en ces termes:

"J'ai eu un accident de travail à 6h du matin chez mon employeur devant témoin le 24/06/2011. Alors que je mettais du pain au four avec des panimatiques qui sont relativement lourds, j'ai senti une décharge électrique dans mon dos et sur mon côté gauche au niveau des abdominaux."

Le 17 août 2011, le Dr Z. _____ a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 31 août 2011 en raison de douleurs inguinales et dorsales invalidantes. Le 23 août 2011, l'employeur d'A. _____ a fait parvenir à N. _____ une nouvelle déclaration de sinistre LAA «mise au propre». Cette nouvelle déclaration mentionnait également que l'assuré s'était blessé alors qu'«il était en train de porter un tapis à enfourner».

En réponse à un questionnaire qui lui avait été adressé par N. _____, l'assuré a communiqué, le 29 août 2011, les renseignements suivants:

- "1. Déroulement exact de ce qui s'est passé?
J'étais en train de mettre du pain au four avec des panimatiques, j'ai glissé et ai senti un violent courant dans mes reins.
2. Est-ce qu'il s'est produit quelque chose d'extraordinaire (coups, chute etc..)?
J'ai glissé avec le tapis et je me suis cogné les reins dans l'enfourneur.
3. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? S'est-elle déroulée dans des conditions normales?

Oui c'est mon métier.

4. Avez-vous déjà souffert de douleurs similaires auparavant? Si oui, qui était le médecin traitant et qui a pris en charge les différents frais?

Non.

5. Le traitement médical est-il terminé?

Non je rentre à l'hôpital le 8 septembre 2011."

Le 15 septembre 2011, N._____ a informé A._____ qu'elle ne prendrait pas en charge le cas, motif pris que l'événement du 24 juin 2011 n'était pas constitutif d'un accident au sens de la loi.

A._____ a alors consulté le Dr Z._____ qui, aux termes d'un certificat auquel était joint un certificat médical LAA du 1^{er} septembre 2011, tous deux reçus le 20 septembre 2011 par N._____, a prolongé l'incapacité de travail du 1^{er} septembre jusqu'au 30 septembre 2011. Le Dr Z._____ y indiquait notamment s'agissant du déroulement de l'accident une «chute sur le dos à la boulangerie». Il y mentionnait en outre des premiers soins prodigués à l'assuré le 24 juin 2011 à 11h.00.

Par décision du 29 septembre 2011, N._____ a confirmé son refus d'allouer ses prestations en qualité d'assureur-accidents obligatoire.

A la suite de l'opposition formée le 31 octobre 2011 par l'assuré, N._____ a, par décision sur opposition du 6 décembre 2011, rejeté l'opposition et confirmé sa décision rendue le 29 septembre 2011. Ses constatations s'articulaient en ces termes:

"[...]

En l'espèce, Monsieur A._____ est boulanger. Dans l'exercice de cette activité, il est amené à déplacer des charges, à porter des caisses et des sacs de farine, et supporter toutes sortes d'autres activités physiques.

Dans la déclaration d'accident remplie et signée par l'assuré lui-même le 10 août 2011, il est mentionné que c'est en portant un tapis à enfourner que l'employé s'est blessé. Plus tard, l'assuré précisera avoir glissé et avoir ressenti un violent courant dans les reins. Mais ce n'est qu'après la lettre de refus de prise en charge de N._____ que Monsieur A._____ a modifié sa version de l'événement en indiquant que ses douleurs étaient apparues après avoir chuté.

Avant sa dernière consultation auprès du Dr Z._____, Monsieur A._____ n'a pas évoqué de chute: ni dans sa déclaration d'accident du 10 août 2011 signée de sa main, ni dans son courrier à N._____ le 11 août 2011, ni dans le questionnaire de N._____ du 29 août 2011. Par ailleurs, aucun des médecins consultés avant le Dr Z._____ ne fait état de blessures post traumatiques, aucun ne mentionne une chute. Au contraire, le scanner demandé par la Dresse L._____ l'a été en raison de «lombalgies chroniques avec épisodes aigus intermittents irradiant dans les deux cuisses». Il s'agit donc clairement de douleurs récurrentes avec épisodes intermittents aigus dont l'origine n'est pas l'événement du 24 juin 2011 mais bien plutôt un état antérieur dégénératif.

Une fois encore N._____ s'étonne que le Dr Z._____ ait rempli le certificat médical LAA (reçu par N._____ le 20 septembre 2011) en mentionnant avoir donné ses premiers soins le 24 juin 2011, jour de l'accident. En effet, l'assuré consulta ce jour-là les urgences du centre hospitalier de [...] et non le Dr Z._____. Tout porte donc à croire que les indications de chute figurant sur le certificat médical LAA ont été données par l'assuré lui-même au Dr Z._____ lors de la consultation du mois de septembre, alors qu'il savait que N._____ ne prendrait pas en charge le cas et qu'il connaissait les raisons pour lesquelles elle n'accorderait pas sa couverture accident.

N._____ s'étonne également que l'assuré ait changé de médecin à presque chaque prolongation d'incapacité de travail, consultant tantôt le Dr [...], tantôt le Dr L._____. Elle s'étonne aussi que, bien que suivi par ces deux médecins, Monsieur A._____ décide de consulter le Dr Z._____ au mois de septembre 2011 pour la prolongation de son incapacité de travail et au mois d'octobre 2011, une certaine Madame [...], dont on ignore si elle remplace la Dresse L._____ ou si elle n'est que sa secrétaire.

Par ailleurs, s'agissant des avis médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Dès lors et conformément aux principes jurisprudentiels énoncés ci-dessus, on retiendra la version donnée par l'assuré dans sa déclaration LAA du 10 août 2011 à savoir que c'est en voulant enfourner des pains à l'aide de panimatics qu'il s'est blessé. Cette manœuvre n'est pas inhabituelle ou extraordinaire pour un boulanger habitué à son activité professionnelle.

La condition du caractère extraordinaire faisant manifestement défaut, l'événement du 24 juin 2011 ne peut être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]."

B. Par acte du 23 janvier 2012, A._____, représenté par Me Michel Chavanne, a recouru devant la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal vaudois. Il conclut avec suite de dépens, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition attaquée, la cause étant renvoyée à N._____ pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Subsidièrement, il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents, la durée de ce droit restant à fixer. Le recourant s'est expressément réservé le droit de produire un rapport médical de nature à établir les causes à l'origine de ses maux. Il requiert à cet égard, la mise en œuvre d'un examen par un médecin "neutre" de son cas quant à l'origine des maux ainsi qu'à leur incidence sur sa capacité de travail. A titre de mesures d'instruction supplémentaires, le recourant demande l'audition des témoins du déroulement de l'événement survenu le 24 juin 2011, notamment celle de l'un de ses collègues qui se serait blessé dans des circonstances similaires. Sur la base de ses déclarations du 11 août 2011, complétées le 29 août 2011, antérieures à la décision litigieuse, il aurait alors déclaré avoir glissé avec le tapis et s'être cogné les reins dans l'enfourneur, de sorte qu'il ne saurait lui être reproché par N._____ d'avoir adapté sa version des faits en cours de procédure. Il rappelle que n'étant pas un expert en assurances sociales suisses, ce serait en toute bonne foi qu'il se serait contenté de déclarations très brèves et laconiques envers son assureur. Ses déclarations, à teneur desquelles ses maux auraient une origine accidentelle, seraient confirmées à maintes reprises par ses médecins traitants, soit les Drs Z._____ et L._____. Le recourant impute à N._____ un manque d'instruction de son dossier. Il a produit à cet effet un certificat médical du 24 novembre 2011, établi par le Dr Z._____ en réponse aux questions de son avocat, et dont la teneur est la suivante:

"Je soussigné Dr Z._____ médecin généraliste à [...] [F] certifie avoir examiné ce jour à mon cabinet M. A._____ accidenté du travail, se plaignant de douleurs nombreuses, variées depuis le 24/6/11. Il rapporte des lombalgies post traumatiques irradiant au membre inférieur gauche sans anomalie clinique neurologique en rapport avec des discopathies débutantes sans conflits disco radiculaires ou séquelles, en L3 L4, L4 L5 et L5 S1."

Par décision du 16 février 2012 du Juge instructeur de la Cour de céans, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance

judiciaire avec effet au 7 février 2012, Me Michel Chavanne étant désigné en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 27 avril 2012, N._____, représentée par Me Séverine Berger, conclut avec suite de dépens, au rejet du recours. Elle expose que les indications successivement données par le recourant, outre le fait qu'elles sont imprécises, ne concordent pas et qu'aucun élément au dossier - en particulier un rapport médical - ne démontre, au degré de vraisemblance prépondérante, que le recourant ait été victime d'un accident le 24 juin 2011. L'intimée rappelle en outre la préférence devant être accordée aux premières déclarations du recourant du 11 août 2011 et desquelles, il ressort que l'assuré n'a pas été victime de la survenance d'un élément extérieur particulier, les douleurs étant apparues à l'occasion d'un mouvement avec charge. L'élément de glissade n'ayant été évoqué qu'après que l'intimée lui ait demandé la fourniture d'explications complémentaires, selon questionnaire adressé le 26 août 2011.

Par réplique du 10 octobre 2012, le recourant confirme les conclusions prises à l'appui de son acte du 23 janvier 2012 ainsi que la mise en œuvre des mesures d'instruction qui y sont développées. Il a produit en annexe, un rapport médical du 23 août 2012 de la Dresse Q._____, spécialiste en médecine générale, établi à la suite d'un examen clinique pratiqué le 7 février 2012 ainsi que du compte rendu d'IRM lombaire et pelvis effectué le 5 juin 2012. Il en ressort en particulier ce qui suit:

"Discussion et conclusions

Sur la base de l'examen du patient et des pièces mises à disposition ainsi que des compléments d'informations demandés (pièces apportées au dossier correspondant aux examens demandés par Dr [...] ainsi qu'IRM demandée par moi-même) il apparaît que Mr A._____ souffre actuellement

- D'une lombosciatalgie gauche clinique avec retentissement sous forme d'un déficit des releveurs du pied sur discopathies L4 L5 avec possible conflit radiculaire droit et gauche.
- De lombalgies sur déchirure de l'anneau discal fibreux postérieur en L4 L5 et L5 S1.

- D'une hernie inguinale gauche.
- D'une minime hernie inguinale droite résiduelle sur sp cure, ne suffisant pas à expliquer des douleurs inguinales et crurales droites du patient.

Il n'est nulle part notifié de douleurs lombaires antérieures à l'événement du 24.06.2012 par les différents praticiens (Dr D.____ Dr L.____; Dr Z.____ Dr [...]). On relève néanmoins que sur la demande de scanner lombaire effectué le 13.07.2011, Mme le Dr L.____ indique «lombalgies chroniques avec épisodes aigus intermittents irradiant dans les deux cuisses».

Par contre il est clair que le patient présentait avant le 24.06 une faiblesse de la paroi abdominale (sp cure de hernie inguinale droite avec filet) sans que le Dr [...] lors de son examen du 18.07.2012 ne relève d'origine traumatique accidentelle; le libellé des demandes de scanner abdomino pelvien ne notifie pas d'origine traumatique accidentelle.

Réponses aux questions suivantes

- Description des affections dont souffre le patient;

Réponse:

Mr A.____ souffre de lombalgies sur déchirure de l'anneau fibreux des disques L4L5 et L5S1 avec sciatgie gauche déficitaire par conflit radiculaire avec la racine L5. Il souffre également de douleurs inguino crurales droites dont l'origine reste peu claire au terme de cet examen: la récurrence de minime hernie inguinale droite ne suffisant pas à expliquer les douleurs.

- origine des affections dorsales dont souffre Mr A.____. Ces affections sont-elles consécutives à un accident ou une maladie?

Réponse:

Mr A.____ souffre de lombalgies sur discopathies L4L5 et L5S1 avec déchirure de l'anneau fibreux des 2 disques en cause. Ces discopathies s'accompagnent actuellement d'une sciatgie gauche déficitaire.

En l'absence d'antécédents lombalgiques, l'événement du 24.06 apparaît comme facteur déclenchant des lombalgies (déchirures de l'anneau fibreux des disques L4 L5 et L5 S1). En cela, on peut retenir le caractère accidentel.

- l'état de santé de Mr A.____ avant les événements du 24 juin 2011 a-t-il eu une influence sur les affections dont souffre le patient?

Réponse:

Oui; il est avéré que le patient du fait de son surpoids et de la faiblesse antérieure de la paroi abdominale était prédisposé à présenter une récurrence de hernie inguinale à droite et à développer une hernie à gauche.

- conséquences des affections dorsales et abdominales dont souffre Mr A.____ sur sa capacité de travail?

La lombosciatgie gauche déficitaire actuelle rend impossible le port de charges supérieures à 10kg, la station debout prolongée ainsi que la répétition des mouvements en ante flexion du tronc.

Sa capacité de travail dans son emploi antérieur de boulanger est de 0 %. Mr A.____ devrait pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel."

Le recourant est d'avis que les conclusions de la Dresse Q._____, ne peuvent pas être écartées sans motifs suffisants.

Dans sa duplique du 2 novembre 2012, l'intimée observe que le rapport médical produit en cours de procédure par le recourant n'est pas déterminant, d'une part en raison du fait que ce rapport établi par le médecin traitant l'a été longtemps après l'événement survenu en juin 2011. D'autre part, en raison du fait que les constatations et conclusions faites par la Dresse Q._____ ne sont pas catégoriques et établies en contradiction avec les observations de la Dresse L._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 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 auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours; les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires d'hiver 2011/2012 (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans la présente cause. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'assureur-accidents des suites de l'événement survenu le 24 juin 2011 (l'assureur conteste en effet que cet événement ne soit constitutif d'un accident, ce que le recourant lui reproche) et plus particulièrement sur la qualification de l'événement du 24 juin 2011, savoir s'il s'agit d'un accident ou non.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 et les références).

Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose 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 et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées; TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010, consid. 3).

Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le 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 des conséquences graves ou inattendues (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid. 2.1; 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1; 121 V 35 consid. 1a et les références citées). Pour les 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 (cf. ATF 116 V 136 consid. 3b; cf. TFA U 100/2006 du 30 mai 2006, consid. 4.1 et les références citées).

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 (ATF 130 V 117 consid. 2.1; TF 8C_995/2010 du 2 novembre 2011, consid. 4.2.2). 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», Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 74 p. 861 ss.). 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 (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouple, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [TFA U 322/2002 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 (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance 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, qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs:

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;
- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;
- h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert

par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). Compte tenu de cette jurisprudence, on ne saurait admettre qu'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine) tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas manifeste. A défaut, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. arrêt U 220/2002 du 6 août 2003, consid. 2). Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites.

c) Ainsi, il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident ou d'une lésion assimilée sont réunis. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables, le Juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident/d'une lésion assimilée (ATF 114 V 305 consid. 5b et 116 V 141 consid. 4b). Selon la jurisprudence, en cas de contradiction entre les premières déclarations de l'assuré et ses déclarations ultérieures, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et 115 V 133 consid. 8c; TF 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 3.2).

4. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant exerce la profession de boulanger. Dans l'exercice de cette activité, il est amené à déplacer des charges, à porter des caisses ainsi que des sacs de farine, et supporter plusieurs sortes d'autres activités physiques.

a) Au terme de la déclaration de sinistre LAA remplie et signée par l'assuré lui-même le 10 août 2011, il est mentionné que c'est en portant un tapis à enfourner qu'il s'est blessé. Le 11 août 2011, le recourant précise quant au déroulement des faits, avoir ressenti une décharge électrique dans son dos et sur son côté gauche au niveau des abdominaux alors qu'il enfournait du pain au moyen de panimatiques relativement lourds. Cette version des faits correspond par ailleurs à celle ressortant de la déclaration transmise le 23 août 2011 par l'employeur à l'assureur.

Ce n'est que pour la première fois, dans ses réponses du 29 août 2011 à l'intimée, que le recourant précise avoir glissé et ressenti ensuite un violent courant dans ses reins. Cette seconde version des faits a par la suite encore été modifiée par le Dr Z._____, médecin traitant, lequel fait état d'une "chute sur le dos à la boulangerie" (cf. certificats adressés le 20 septembre 2011 à N.______). Cette dernière modification de la description du déroulement des faits a été fournie postérieurement à la lettre de refus de prise en charge du 15 septembre 2011 de N._____.

Ceci exposé, il apparaît que les déclarations du recourant se sont modifiées quant au déroulement de l'événement survenu le 24 juin 2011.

b) A l'examen on constate que dans un premier temps, la déclaration d'accident du 10 août 2011 décrit les faits de manière générale mais sans équivoque quant au déroulement précis de cet accident. Le jour suivant, en réponse aux questions de l'assureur, le recourant fait une description plus précise de la scène sans toutefois mentionner un élément de glissade ou de chute. Cette première version du recourant est en outre étayée sur le plan médical. D'une part les certificats médicaux des 28 juin et 19 juillet 2011 de la Dresse L._____

certifient des arrêts de travail de l'assuré du 28 juin au 14 juillet 2011 puis jusqu'au 21 août 2011, pour cause de maladie. D'autre part, le scanner demandé ensuite par la Dresse L._____ l'a été en raison de "lombalgies chroniques avec épisodes aigus intermittents irradiant dans les deux cuisses". Cette indication dénote l'existence de douleurs récurrentes avec épisodes intermittents aigus dont l'origine n'est pas liée à l'événement du 24 juin 2011 mais est bien plutôt la conséquence d'un état antérieur maladif dégénératif. Force est de relever en outre qu'aucun des médecins consultés par l'assuré avant le Dr Z._____ ne fait état de lésions post traumatiques, ni ne mentionne une chute. A l'instar de l'intimée, on relève notamment des imprécisions dans les certificats adressés le 20 septembre 2011 par le Dr Z._____. Alors que ce médecin y indique avoir prodigué ses premiers soins le 24 juin 2011, force est d'observer que lesdits soins ont en réalité été donnés par les médecins urgentistes du centre hospitalier de [...]. Il y a partant matière à laisser penser que les indications relatées - dont en particulier celles de chute sur le dos de l'assuré - par le Dr Z._____ l'ont été sur la base des indications fournies par le recourant lui-même lors de sa consultation. Quant au rapport établi le 24 novembre 2011 par ce même médecin, il ne saurait être d'aucune utilité au recourant dans la mesure où cet élément médical se limite à rapporter les plaintes décrites par ce dernier depuis le 24 juin 2011.

Le recourant semble vouloir tirer argument du fait que la Dresse Q._____ atteste que les douleurs lombaires pourraient être la conséquence de l'événement du 24 juin 2011 pour en conclure qu'il s'agit d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Or, 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 ait entraîné des conséquences. Par surabondance, on relèvera que même si la Cour retenait la glissade, soit un mouvement non coordonné, en plus du port d'un tapis à enfourner, les douleurs lombaires ne sauraient apparaître comme la cause directe du mouvement non coordonné vu l'état maladif préexistant du recourant. A cet égard, le rapport du 23 août 2012 de la Dresse Q._____, dernier médecin traitant en date, produit en cause, a été établi sur la base d'un

examen et d'un compte rendu d'IRM datant des 7 février 2012 et 5 juin 2012, soit largement après l'événement survenu en juin 2011. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4). La Dresse Q. _____ mentionne dans ce rapport en outre "l'absence d'antécédents lombalgiques" à l'événement du 24 juin 2011, alors même qu'en juin/juillet 2011 la Dresse L. _____ indiquait quant à elle des "lombalgies chroniques avec épisodes aigus intermittents irradiant dans les deux cuisses". Dans ces conditions, on doit constater que la teneur même du rapport médical du 23 août 2012 démontre que le nouveau médecin traitant ne dispose pas d'une connaissance complète du dossier de son patient et se base en partie sur les déclarations du recourant. Par ailleurs, la conclusion de la Dresse Q. _____ selon laquelle la déchirure de l'anneau fibreux des deux disques apparaît comme la conséquence de l'événement du 24 juin 2011 est en contradiction avec sa propre constatation selon laquelle "on relève néanmoins que sur la demande de scanner lombaire effectuée le 13.07.2011, le Dr L. _____ indique lombalgies chroniques". En ce qui concerne les hernies inguinales, la Dresse Q. _____ indique clairement qu'elles sont antérieures à l'événement du 24 juin 2011 et dues au surpoids de l'assuré. Partant, ce rapport n'est pas de nature à remettre en cause la décision litigieuse.

A l'aune de ces circonstances, il convient d'admettre comme vraisemblables les premières déclarations étayées de l'assuré des 10 et 11 août 2011, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus. Au vu de ce qui précède, on doit nier l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire en lien avec l'événement du 24 juin 2011, et considérer que

les douleurs lombaires et abdominales étaient préexistantes (existence de douleurs récurrentes avec épisodes intermittents aigus d'un état maladif dégénératif antérieur à l'événement du 24 juin 2011). Il ne s'agit de surcroît pas de lésions assimilées.

c) Il est par ailleurs ici le lieu de rappeler que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). Au vu de l'ensemble des rapports ou certificats médicaux figurant au dossier, la mise en œuvre par la présente Cour d'un nouvel examen du recourant ainsi que l'audition des témoins des événements, tels que requis par le recourant, ne sont pas nécessaires pour statuer.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue par N._____ le 6 décembre 2011 confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

Cela étant, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] appliqué par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu

l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Me Michel Chavanne a produit, le 15 juillet 2013, la liste détaillée de ses opérations, soit un total de 31h.54 de travail (dont 07h.24 de travail d'avocat et 24h.30 de travail d'avocat-stagiaire pour la période du 4 octobre 2011 au 15 juillet 2013). Cette liste comprend toutefois des opérations largement antérieures à la présente procédure judiciaire introduite le 23 janvier 2012, le bénéfice de l'assistance judiciaire accordé au recourant ayant pris effet à compter du 7 février 2012. A cet égard, concernant les effets temporels d'une requête d'assistance judiciaire, la doctrine précise que l'assistance judiciaire peut être demandée en tout temps, avant ou durant la procédure, que son octroi rétroagit au jour de la demande et qu'elle s'étend aux démarches urgentes entreprises peu avant; les cantons peuvent se montrer plus généreux (cf. Bernard Corboz, Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire, in SJ 2003 II p. 74). Dans le cadre de procédures cantonales de recours, la jurisprudence en matière d'assurances sociales - rendue sous l'empire de l'art. 85 al. 2 let. f aLAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10) mais qui s'applique toujours depuis l'entrée en vigueur de l'art. 61 let. f LPGA (cf. TFA H 106/2003 du 21 août 2003, in SVR 2004 AHV n°5 p. 17) - a précisé que l'octroi de l'assistance judiciaire à compter uniquement de l'introduction de la demande n'est pas conforme au droit fédéral dans l'éventualité où les conditions de l'octroi auraient été réalisées auparavant (cf. TF 9C_735/2011 du 22 juin 2012, consid. 3 et les références citées).

Il y a donc lieu tout d'abord d'examiner le caractère nécessaire des opérations accomplies avant le 7 février 2012 pour l'exercice du droit de recours contre la décision de l'OAI et, cas échéant, de les retenir dans l'indemnisation de l'avocat d'office, ces opérations comportant au moins l'étude du dossier et la préparation du mémoire de recours (cf. TF

9C_735/2011 précité, consid. 5.2). Dans le cas particulier, il se justifie de tenir compte des opérations effectuées à partir du 7 décembre 2011, date à laquelle Me Chavanne a appris que son client s'était vu notifier la décision sur opposition entreprise; en tant que ces opérations comprennent essentiellement des échanges de courriels, des prises de contact avec le recourant, la préparation de la requête d'assistance judiciaire ainsi que la rédaction du mémoire de recours, à raison de 14 heures et 40 minutes, il y a lieu de considérer qu'elles étaient nécessaires à la présente procédure. Quant aux opérations effectuées dès le 7 février 2012, à hauteur de 8 heures et 20 minutes, il y a lieu de considérer qu'elles aussi rentrent globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Il convient cependant de déduire de ce dernier total, le temps d'une durée de 20 minutes correspondant à une opération effectuée le 12 mars 2013 par l'avocat d'office pour le compte d'une autre procédure ouverte devant la cour de céans. Dans cette mesure, il y a lieu de retenir un temps total de 22 heures et 40 minutes de prestations, dont 5 heures et 15 minutes de prestations d'avocat au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]) – soit un montant s'élevant à 945 fr. –, et dont 17 heures et 25 minutes de prestations d'avocat-stagiaire au tarif horaire de 110 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. b RAJ) – soit un montant s'élevant à 1'915 fr. 80 –, qui correspond à un montant global d'honoraires de 3'089 fr. 65 ($(\{945 \text{ fr.} + 1'915 \text{ fr. } 80\} \times 108)/100$) TVA de 8% comprise, somme à laquelle on ajoutera encore un montant de 108 fr. (100 fr. + 8 fr. de TVA) à titre de débours TVA de 8% comprise, en l'absence de liste produite (cf. art. 3 al. 3 RAJ). L'indemnité totale du défenseur d'office est ainsi fixée à 3'197 fr. 65 (3'089 fr. 65 + 108 fr.) TVA de 8% comprise.

**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 6 décembre 2011 par N. _____ est confirmée.

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

- IV. L'indemnité d'office de Me Michel Chavanne, conseil du recourant est arrêtée à 3'197 fr. 65 (trois mille cent nonante sept francs et soixante cinq centimes).

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Michel Chavanne (pour A. _____),
- Me Séverine Berger (pour N. _____),
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :