

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Métral et Mme Di Ferro Demierre
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

Z._____, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par Me Flore Primault,
avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA; art. 6 al. 1 et 2 LAA; art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, travaillait en qualité de monteur sanitaire pour la société E._____ SA et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Dans une déclaration de sinistre LAA remplie le 30 mai 2005, l'employeur de l'assuré a indiqué que le 22 mai 2012, sur un chantier, en prenant ses affaires pour rentrer à l'atelier, l'assuré avait fait un faux mouvement et ressenti une douleur dans le genou. Il a mentionné en outre comme type de lésion "ligaments et ménisque déchirés" au genou gauche.

En raison de suspicion de rupture du ménisque interne ou des ligaments, une IRM du genou gauche a été effectuée le 24 mai 2012 au Centre d'imagerie [...]. Dans un rapport du même jour, les Drs C._____ et D._____, radiologues audit centre, ont mis en évidence une fissuration horizontale de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne, une discrète entorse de l'insertion fémorale du ligament latéral interne, un important épanchement intra-articulaire et un plica medialis.

Le 20 juin 2012, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie du genou gauche, effectuée par le Dr H._____. Ce spécialiste a constaté une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et une déchirure de la corne moyenne du ménisque externe. Il a mentionné un traitement par méniscectomie partielle interne et externe, et ablation du plica et corps libre.

Dans un certificat médical du 20 juin 2012, le Dr [...] a indiqué que le travail pouvait être repris par l'assuré à 100% le 16 juillet 2012. Le 25 juin 2012, ce médecin a prescrit un traitement de six séances de physiothérapie.

Dans un certificat médical LAA du 27 juin 2012, le Dr [...], spécialiste en médecine interne, a constaté une tuméfaction du genou et, sur la base de l'IRM, une déchirure du ménisque interne et externe du genou gauche. Il a mentionné un traitement par méniscectomie partielle interne et externe ainsi que par ablation du plica et corps libre. Au sujet du déroulement de l'événement, ce médecin a noté ce qui suit: "en soulevant un sac de 40 kg faux mouvement et douleur fulgurante et craquement genou".

Le 6 juillet 2012, l'assuré a rempli un questionnaire de la CNA, en donnant la description suivante de l'événement: "en soulevant un sac de gravats (poids env. 40 kg) j'ai senti une forte douleur au genou". Il a répondu "non" à la question de savoir s'il s'était produit quelque chose de particulier (glissade, chute ou autre) et a indiqué que c'était lors de cet événement qu'il avait ressenti cette douleur pour la première fois.

Dans un rapport du 11 juillet 2012, le Dr [...] a posé le diagnostic d'arthroscopie du genou gauche effectuée le 20 juin 2012. Il a retenu une évolution favorable, avec des douleurs résiduelles mineures signalées lors d'un dernier contrôle le 2 juillet 2012. Il n'a pas prévu de contrôle ultérieur sauf en cas de nécessité. Il a indiqué un traitement de physiothérapie ainsi qu'une reprise du travail par l'assuré à 100% le 16 juillet 2012.

Par décision du 2 août 2012, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance en raison de l'événement du 22 mai 2012, dès lors qu'il ne s'agissait pas d'un accident et que l'assuré ne présentait pas une lésion corporelle assimilée à un accident.

Dans un rapport du 23 août 2012 adressé à la CNA, le Dr [...] a relevé ce qui suit:

"Pour ma part, je suis étonné de votre décision car le patient a clairement fait un accident de travail avec une distorsion du genou en soulevant une charge et une forte douleur dans le compartiment interne associée à un craquement. Le patient n'ayant jamais [eu]

une douleur auparavant, la causalité des lésions n'est pas contestable contrairement à votre décision.

Sur le protocole que je vous ai fait part à votre demande, il n'y a aucune lésion dégénérative et significative et le patient présentait clairement une déchirure du ménisque interne dont vous trouverez ci-joint des images pré-opératoires".

Le 28 août 2012, par son mandataire, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée. Il a expliqué que l'événement du 22 mai 2012, si tant est qu'il ne répondait pas à la notion d'accident, constituait une lésion assimilée à un accident, soit plus particulièrement une déchirure du ménisque.

Par décision sur opposition du 20 décembre 2012, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a retenu que le soulèvement par l'assuré d'une charge de quelque 40 kilos, d'après le déroulement de l'événement du 22 mai 2012, nécessitait un certain effort mais constituait une sollicitation quotidienne et usuelle imposée par le métier de monteur sanitaire. L'assuré ne s'était pas exposé à un risque de lésion accru, de sorte que le facteur extérieur faisait défaut et qu'il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée à un accident. Cet événement n'engageait donc pas la responsabilité de la CNA.

B. Par acte de son mandataire du 29 janvier 2013, Z._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents. En premier lieu, il soutient que la condition du facteur dommageable extérieur est réalisée au travers du faux mouvement qu'il a effectué, qui revêt un caractère extraordinaire justifiant d'admettre la survenance d'un accident. En second lieu, il soutient qu'en effectuant un faux mouvement en portant une charge de 40 kilos, il a accompli un effort excessif qui sort du cadre de ses activités normales et lors duquel il s'est exposé à un risque accru de lésions, de sorte qu'il y a une cause extérieure. En outre, l'événement a provoqué des déchirures du ménisque, de sorte qu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident dont les conséquences médicales doivent être prises en charge par la CNA.

Dans sa réponse transmise le 15 avril 2013, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle soutient que le mouvement effectué par l'assuré le 22 mai 2012 ne constitue pas un faux mouvement et ne s'inscrit pas dans le cadre d'une sollicitation du corps plus élevée que la normale, étant donné que l'activité de monteur sanitaire implique des manipulations répétées de charges lourdes et importantes. Il ne s'agit donc pas d'un événement assimilé à un accident ni a fortiori d'un accident, de sorte que la CNA n'est pas tenue à prestations.

Par réplique du 8 mai 2012, le recourant a confirmé ses conclusions. Il soutient que l'événement en question ne relève pas d'une activité de travail normale, puisqu'il a porté un sac de gravats de 40 kilos et a sollicité son corps de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique en effectuant un faux mouvement bien décrit.

Dans son écriture du 31 mai 2013, l'intimée a confirmé ses conclusions.

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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 1 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 Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

2. a) Si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). 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 LPGGA).

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).

Suivant la définition même de l'accident, 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 129 V 402 consid. 2.1; TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR, 2^{ème} édition, 2007, p. 860, n. 71). 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; 122 V 230 consid. 1; 121 V 35 consid. 1a et les références citées).

Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, 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. 183 consid. 4.1 in fine; 1999 n° U 345 p. 420 consid. 2b). Tel est en outre le cas lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (Brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs) (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2; TF 8C_194/2009 du 11 août 2009 consid. 4; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

b) En outre, 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. Il a été fait usage de cette possibilité à 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 jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, 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 qui présente 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 (ATF 129 V 466; TF 8C_937/2011 du 6 septembre 2012 consid. 4).

L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2; TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1). Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2; TF 8C_937/2011 du 6 septembre 2012 consid. 4).

En outre, il n'y a pas de facteur extérieur lorsqu'un assuré se tord le genou et subit une lésion méniscale en se levant de son lit (ATF 129 V 466 consid. 4), se bloque le genou en courant dans les escaliers (TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008) ou subit une lésion du ligament du genou lors d'un jogging à la descente (TF 8C_118/2008 du 23 octobre 2008).

c) En l'espèce, s'agissant du déroulement de l'événement du 22 mai 2012, le Dr V._____, qui a examiné le recourant le lendemain, mentionne en reprenant les indications du patient le soulèvement d'une charge de 40 kg et un faux mouvement, un craquement et une forte douleur. Dans la déclaration d'accident du 30 mai 2012, l'employeur décrit également un faux mouvement du recourant en prenant ses affaires.

Certes, dans sa réponse au questionnaire de l'intimée, le recourant ne mentionne plus le faux mouvement, mais uniquement le soulèvement d'une charge de 40 kg avec une forte douleur, mais devant l'autorité de recours, il confirme également le faux mouvement. En outre, dès lors que les descriptions de l'employeur et du médecin-traitant auprès desquels le recourant a fait ses premières déclarations sont concordantes, il y a lieu de retenir qu'en soulevant une charge de 40 kg, le recourant a fait un faux mouvement et ressenti un craquement ainsi qu'une forte douleur.

Au vu de ces faits, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire n'apparaît pas réalisée, de sorte qu'il ne s'agit pas d'un accident.

En revanche, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur est donnée. En effet, il n'est pas établi qu'un installateur sanitaire soulève habituellement des charges de ce poids. Le recourant a en outre effectué un mouvement inapproprié. Enfin, le Dr H._____ confirme très clairement que la déchirure du ménisque interne est due au fait que le recourant a soulevé une charge. Ce médecin n'a en outre pas constaté de lésion dégénérative significative.

Ainsi, le geste en question a requis une sollicitation du corps plus élevée que la normale du point de vue physiologique et a dépassé ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique.

En conséquence, il y a lieu d'admettre une lésion assimilée à un accident, ce qui implique que le cas doit être pris en charge par l'intimée.

3. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement du 22 mai 2012.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 20 décembre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que celle-ci doit prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 22 mai 2012.

- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à Z._____ le montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Flore Primault, avocate à Lausanne (pour Z._____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

- 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).

Le greffier :