

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Dessaux, et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

R._____, à Nyon, recourant, représenté par O._____, SA,

et

F._____, **SA**, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean,
avocat à Genève.

Art. 4 LPG; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assuré), né en 1980, est employé en qualité de "Technical Administrator, Sr" pour le compte de T._____ à 100%. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la F._____ SA (ci-après: la F._____ SA).

Selon la déclaration de sinistre LAA déposée le 29 août 2012 par son employeur, le mardi 7 août 2012 à 14h00, alors qu'il travaillait depuis son domicile, l'assuré, en soulevant son ordinateur portable posé à terre, a ressenti une vive douleur dans le dos. Des radiographies ont été effectuées et une fragilité au niveau des lombaires constatée. Un examen IRM était prévu. Le travail a été interrompu depuis le 8 août 2012.

Le 10 août 2012, l'assuré a consulté V._____, chiropraticien, qui a notamment pratiqué un traitement chiropratique.

Le 24 août 2012, l'assuré a été soumis à une IRM qui a mis en évidence une sciatique S1 gauche déficitaire.

Selon une note au dossier, l'assuré avait informé la F._____ SA par téléphone du 3 septembre 2012 qu'il était allé consulté le Dr S._____, spécialiste en médecine physique, orthopédique et de rééducation, lequel lui avait prescrit une IRM au B._____ (ci-après: le M._____). Sur la base des résultats de l'IRM, le médecin lui préconisait une intervention chirurgicale à la Clinique de C._____.

Le 3 septembre 2012, la Clinique de C._____ a adressé une demande de garantie de paiement à la F._____ SA, en l'informant que la date d'entrée prévue de l'assuré était fixée au 5 septembre 2012.

Le 5 septembre 2012, le M._____ a adressé à la F._____ SA une facture relative à une IRM de la colonne vertébrale.

Le 6 septembre 2012, l'assuré a été opéré d'une hernie discale L5 S1 à gauche par le Dr H._____, neurochirurgien à la Clinique de C._____.

Le 19 septembre 2012, la Clinique de C._____ a adressé à la F._____ SA une facture pour des examens pratiqués le 3 septembre 2012.

Le 8 octobre 2012, l'assuré a retourné à la F._____ SA le questionnaire relatif à la description de l'événement du 7 août 2012. A la question «*description exacte de l'événement du 07.08.2012? (déroulement de l'accident, personnes, machines, objets, véhicules, produits, etc. ayant joué un rôle dans l'accident)*», l'assuré a répondu ce qui suit:

"Je travaillais à la maison ce jour là. J'étais assis sur ma chaise. Je me suis penché sur le côté pour ramasser la sacoche contenant mon ordinateur portable, dossiers de bureaux et équipements. J'ai perdu l'équilibre et j'ai senti une douleur violente au dos me faisant relâcher la sacoche".

L'assuré précisait encore que la douleur lui avait fait lâcher la sacoche immédiatement, que le traitement s'était terminé le 8 octobre 2012 et que son médecin traitant était le Dr S._____.

Le 8 octobre 2012, l'assuré s'est vu prescrire de la physiothérapie par le Dr H._____, avec la précision "hernie discale L5 S gauche opérée", et la case "maladie" cochée.

Par certificat médical LAA du 9 octobre 2012, le chiropraticien V._____ a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assuré le 10 août 2012. Il a rapporté les indications du patient comme suit:

"De forte douleur en bas du dos, à partir du 07.08.2012 suite à un mouvement en se penchant en avant au dessus de son ordinateur chez lui. Progressivement pire avec irradi. M.I.G post. 1 épisode antécédent en 2008; après avoir porté une charge".

Le chiropraticien V._____ a posé le diagnostic provisoire de hernie discale L5 S1 paramédiane gauche avec conflit radiculaire S1 gauche, estimant quant à la causalité que le patient avait déjà souffert auparavant d'atteintes similaires et que les causes des symptômes actuels étaient à attribuer à une maladie.

Par courrier du 12 octobre 2012, la F._____ SA a informé l'assuré que les circonstances de l'événement du 7 août 2012 ne remplissaient pas la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, respectivement celle de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, si bien qu'elle ne pouvait pas verser de prestations, le priant d'annoncer le cas à sa caisse maladie.

Le même jour, la Clinique de C._____ a adressé à la F._____ SA une facture d'un montant de 7'708 fr. 88 (après déduction d'un montant de 9'579 fr. 40, avec la précision "prestation base AOS"), relatif à une hospitalisation du 5 au 11 septembre 2012 en chambre semi-privée, taxe de soin, et tous montants relatifs à l'intervention du 6 septembre 2012 et consultations/examens y relatifs. Une autre facture d'un montant de 9'579 fr. 40, précisant "autres interventions sur la colonne vertébrale sans CC extrêmement sévères, avec intervention complexe ou halotraction" a été adressée le 12 octobre 2012 par la Clinique de C._____ à la F._____ SA.

Le 22 octobre 2012, l'assuré a contesté la prise de position de la F._____ SA du 12 octobre 2012, en exposant notamment qu'à la suite de l'événement du 7 août 2012, il avait ressenti de vives douleurs dans la jambe gauche avec impossibilité de marcher correctement. Il a également expliqué avoir privilégié une opération le plus vite possible, selon la recommandation du Dr H._____, pour se donner toutes les chances de guérir rapidement.

Le 12 novembre 2012, la F._____ SA a informé le cabinet de physiothérapie consulté par l'assuré que les conditions requises pour l'octroi de prestations d'assurance n'étaient pas remplies, l'invitant à

adresser sa facture directement à l'assuré. Le 20 novembre 2012, la F._____ SA a renseigné le M._____ et la Clinique de C._____ dans le même sens, leur retournant leurs factures.

Par décision du 22 novembre 2012, la F._____ SA a confirmé son refus de prendre en charge l'événement du 7 août 2012, en expliquant que le caractère extraordinaire ne pouvait pas être retenu vu qu'il ne débordait pas du cadre quotidien ou de l'usuel et de la sphère de vie professionnelle.

Le 27 novembre 2012, la F._____ SA a fait savoir au chiropraticien V._____ que les conditions requises pour l'octroi des prestations d'assurance n'étaient pas remplies, l'invitant à adresser sa facture directement à son patient.

L'assuré, désormais représenté par O._____, a formé opposition à la décision du 22 novembre 2012 le 28 décembre 2012, en faisant valoir que le fait de perdre l'équilibre en voulant ramasser un objet d'un certain poids constituait à n'en point douter un mouvement non coordonné permettant de remplir l'exigence de la cause extérieure extraordinaire.

Le 30 janvier 2013, la F._____ SA a écrit à la Clinique de C._____ qu'elle n'avait délivré aucune garantie de prise en charge de l'hospitalisation du 5 septembre 2012 et lui a rappelé que les conditions pour l'octroi de prestations d'assurance n'étaient pas remplies.

Par décision du 6 mars 2013, la F._____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré.

B. Par acte du 19 avril 2013, R._____, représenté par O._____, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que la F._____ SA est tenue de verser ses prestations pour les suites de l'événement du 7 août 2012. Le recourant admet n'avoir pas subi de

lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, mais estime avoir subi un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Il explique à cet égard avoir perdu l'équilibre en voulant ramasser sa sacoche, ce qui constitue selon lui un mouvement non coordonné qui remplit l'exigence de la cause extérieure extraordinaire. Il admet toutefois que le traumatisme subi n'est pas de nature à provoquer une hernie discale, mais qu'il y a lieu de considérer que l'affection a été déclenchée par l'événement du 7 août 2012.

Dans sa réponse du 24 mai 2013, la F. _____ SA, représentée par Me Christian Grosjean, a conclu au rejet du recours. En bref, elle conteste tout caractère extraordinaire à l'événement, relève qu'il ne s'agit pas d'une lésion assimilée, et qu'en tous les cas, l'événement banal du 7 août 2012 n'est pas propre à entraîner une hernie discale, ce dont le recourant ne disconvient pas.

Les parties ont confirmé leurs positions dans leurs écritures ultérieures.

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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile 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) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si la F. _____ SA était fondée, par sa décision sur opposition du 6 mars 2013, à refuser d'allouer à l'assuré des prestations d'assurance-accidents en relation avec l'événement du 7 août 2012. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'événement en cause constitue un accident.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404 et les références citées).

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 129 V 402 consid. 2.1 p. 404; 122 V 230 consid. 1 p. 233; 121 V 35 consid. 1a p. 38; 118 V 59 consid. 2b p. 61).

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement "non programmé", lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références citées). 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 par réflexe pour éviter une chute (TF U 252/06 du 4 mai 2007 consid. 2). 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 citées). A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les

ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 470 consid. 4.2.2).

b) En outre, 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 (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), 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 :

- 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 réputée exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et les références citées). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées).

4. En premier lieu, comme l'admet du reste le recourant, il faut constater que l'atteinte en cause ne tombe pas sous le coup de l'art. 9 al. 2 OLAA, la hernie discale ne figurant pas sur la liste - réputée exhaustive - de l'art. 9 al. 2 OLAA.

Il convient dès lors d'examiner si l'événement du 7 août 2012 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPG. Pour le recourant, il a perdu l'équilibre en voulant ramasser sa sacoche, d'un certain poids, ce qui constitue un mouvement non coordonné remplissant l'exigence de la cause extérieure extraordinaire. L'intimée conteste pour sa part tout caractère extraordinaire à l'événement.

Selon la déclaration d'accident, l'assuré, alors qu'il travaillait depuis son domicile, a ressenti une vive douleur dans le dos en soulevant son ordinateur portable posé à terre. Invité à préciser le déroulement exact de l'événement du 7 août 2012, il a indiqué le 8 octobre 2012 à l'intimée qu'il était assis sur sa chaise, s'était penché sur le côté pour ramasser la sacoche contenant son ordinateur portable, des dossiers de bureaux et des équipements, avait perdu l'équilibre et senti une douleur violente au dos le faisant relâcher la sacoche. Selon les déclarations de l'assuré rapportées par le chiropraticien V. _____ dans son certificat médical LAA du 9 octobre 2012, le patient avait ressenti de fortes douleurs au bas du dos à partir du 7 août 2012 à la suite d'un mouvement en se penchant en avant au-dessus de son ordinateur chez lui.

A l'instar de l'intimé, on doit admettre que la condition du facteur extérieur de l'atteinte n'est pas remplie. Le déroulement naturel de l'événement du 7 août 2012 n'a pas été influencé par un élément particulier tel une chute, un coup ou un mouvement brusque. Au demeurant, rien ne laisse penser que la sacoche en cause contenait des objets pesants, s'agissant d'un ordinateur portable, de dossiers et d'équipements. Le recourant a du reste immédiatement précisé qu'il s'agissait d'une sacoche, soit un "sac de cuir (ou parfois de toile forte) qu'une courroie permet de porter (définition du Petit Robert)". A cet égard,

le recourant a fourni de façon volontaire un effort sur lequel il avait une maîtrise totale. On ne saurait dès lors admettre l'existence d'un mouvement non programmé. Il a du reste été jugé que le fait pour un homme de subir une lésion en soulevant un carton de livres de 10 à 15 kg ne répondait à l'évidence pas à la définition de l'accident, faute d'un facteur extérieur extraordinaire (v. par exemple ATF 116 V 136). Aussi, les circonstances de la présente espèce se distinguent-elles de celles des arrêts cités par le recourant à l'appui de sa thèse. Dans le premier arrêt (RAMA 2000 U 368 p. 99-100), il s'agissait de la perforation de l'oesophage survenue au cours de l'extraction d'un morceau de viande. Dans l'autre arrêt cité (ATF 130 V 117), il était question d'un match de hockey sur glace, à l'occasion duquel il avait été constaté que le fait de subir une charge contre la balustrade pouvait être considéré comme un mouvement non programmé excédant ce que l'on peut objectivement qualifier de normal et habituel. Or in casu, le recourant n'a subi aucune charge. Il admet au demeurant que le mouvement en cause n'apparaît pas comme la cause directe de l'atteinte corporelle, savoir la hernie discale. Il ne ressort enfin pas non plus des faits qu'il aurait tenté d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (cf. arrêt du 7 octobre 2003, U 322/02). En outre, s'il y avait réellement eu perte d'équilibre, le recourant n'indique pas quel mouvement non programmé en serait à l'origine ou quel mouvement il aurait fait pour rétablir son équilibre.

S'il est constant que la notion d'accident est une notion juridique et non médicale, il convient encore de relever que le chiropraticien V._____ a estimé qu'il s'agissait d'un cas de maladie (cf. certificat médical du 9 octobre 2012), au même titre que le Dr H._____, qui a également indiqué sur la prescription de physiothérapie du 8 octobre 2012 qu'il s'agissait d'un cas de maladie.

Par surabondance, on rappellera que s'agissant d'atteintes de type hernie discale, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser à plusieurs reprises que pratiquement toutes ces lésions s'insèrent, selon l'expérience médicale, dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel

n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Ainsi selon notre Haute Cour, une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de l'hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008 consid. 3.1; ASS 2006 2 p. 14, U 351/04; RAMA 2000 no U 378 p. 190 consid. 3b, U 149/99; SZIER 2001 p. 346 consid. 3b, U 4/00). Or il est constant que l'événement en cause, qui ne peut au demeurant être considéré comme un accident, ne revêt manifestement pas une importance particulière, ni n'est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral, cette dernière ne pouvant être due principalement à cet événement.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**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 mars 2013 par la F. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- O._____ SA (pour R._____)
- Me Christian Grosjean, avocat à Genève (pour la F._____ SA)
- 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 :