

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

E._____, à Lausanne, recourant, représenté par Fortuna Compagnie
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon,

et

C._____, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 LAA

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré), né en 1969, travaille depuis 2004 en tant qu'associé-gérant de la société [...] Sàrl, à [...]. A ce titre, il est assuré auprès de C._____ (ci-après : C._____) contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Par déclaration de sinistre LAA du 5 juin 2013, l'assuré a annoncé à C._____ s'être fait mal au dos le 1^{er} juin 2013, dans un dépôt de la société, en manipulant un gaufrier de 25 kilos, en le déplaçant.

L'assuré s'est soumis à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire, le 11 juin 2013. L'examen a été comparé à celui réalisé en 2008, lequel avait révélé une hernie discale à l'étage L4-L5 droit. Il a été constaté l'absence de modification du status radiologique par rapport à l'examen de 2008, l'absence de récurrence de hernie discale ainsi que l'absence de fibrose au site opératoire après cure de hernie discale à l'étage L4-L5 droit.

Le 16 juin 2013, en réponse à un questionnaire de C._____, l'assuré a fait une description des circonstances dans lesquelles son sinistre était survenu, exposant qu'en manipulant et en déplaçant le gaufrier, celui-ci était tombé de la table, qu'il l'avait rattrapé et s'était fait mal au dos. Il a précisé que le gaufrier pesait approximativement 25 kilos et qu'il avait l'habitude d'en déplacer. Il a de plus répondu que les douleurs avaient été ressenties de suite.

Dans un rapport médical initial adressé à C._____ le 26 juin 2013, le Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie, a mentionné qu'en essayant de rattraper une caisse tombée devant lui, l'assuré était resté accroché à celle-ci, tombant avec elle. Le Dr V._____ a constaté une contracture vertébrale ++, une raideur de la colonne lombaire, une paresthésie et une parésie du membre inférieur droit, et posé le diagnostic

de « lumbago +/- entorse lombaire ». L'assuré était au bénéfice d'un arrêt de travail complet depuis le 3 juin 2013.

Par courrier du 8 juillet 2013, C._____ a informé l'assuré qu'elle acceptait la prise en charge des suites de l'événement du 1^{er} juin 2013 (indemnités journalières et frais de traitement médical).

Par certificat médical du 31 juillet 2013, le Dr V._____ a attesté une reprise du travail à 50% dès le 19 août 2013. Le 11 septembre 2013, il a attesté une reprise du travail à 60% à compter du 16 septembre 2013 et, le 30 septembre suivant, une reprise du travail à 100% dès le 1^{er} octobre 2013.

Dans l'intervalle, soit le 12 septembre 2013, une inspectrice de C._____ a rencontré l'assuré aux fins d'établir les circonstances exactes de l'événement du 1^{er} juin 2013. Il ressort de son rapport, signé par l'assuré, les explications suivantes :

« J'étais en train de nettoyer un gaufrier sur une table d'env. 80 cm de hauteur lorsqu'un pied du gaufrier a basculé hors de la table. J'ai essayé de retenir l'appareil d'env. 25 kg penché en avant avec le dos, les 2 bras en avant. J'ai pu retenir le gaufrier dans cette position, le remonter sur la table et c'est en me redressant que j'ai sentie une douleur intense dans le bas du dos. J'ai tenu cette position à peine 5 secondes, voire moins ».

Par décision du 9 octobre 2013, C._____ a informé l'assuré qu'au vu des explications données le 12 septembre 2013, l'événement du 1^{er} juin 2013 ne relevait pas de l'assurance-accidents LAA, exposant notamment ce qui suit :

« Dans le cas particulier, c'est au moment de vous redresser que les douleurs sont apparues et nous devons, par conséquent, conclure à l'absence d'une cause extérieure extraordinaire.

Il s'ensuit que vous n'avez pas été victime d'un accident. Comme il ne s'agit pas non plus d'une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9.2 de l'ordonnance, nous devons décliner toute intervention dans cette affaire.

C'est donc à tort que nous avons pris en charge votre cas. Toutefois, nous renonçons à vous demander le remboursement des prestations

qui vous ont déjà été accordées, tant en indemnités journalières qu'en frais médicaux. Par contre, pour tous les frais médicaux encore en suspens, le cas relève de la compétence de l'assurance maladie et nous transmettons copie de la présente ainsi que de l'ensemble de votre dossier à la caisse compétente, soit [...], à qui vous voudrez bien vous adresser désormais. »

L'assuré s'est opposé le 7 novembre 2013 à la décision précitée. Il reprochait à C._____ de se fonder sur les seules déclarations du 12 septembre 2013, lesquelles avaient été recueillies plus de trois mois après l'accident et au cours d'un entretien qui avait clairement été dirigé dans le but d'obtenir une modification de ses précédentes explications. Il joignait à son écriture un rapport médical du Dr V._____, rédigé le 4 novembre 2013, où l'on pouvait notamment lire ce qui suit :

- « 1) lombalgie aiguë avec sciatalgie secondaire L5 droit.
2) Mr E._____ a présenté par le passé une hernie discale L5 droite qui fut opérée en 2005. Depuis ce moment, le patient n'a plus présenté de problèmes particuliers au niveau de son dos. C'est clairement au moment où il essaie de rattraper sa machine qui tombe et qu'il est entraîné par le poids de la machine que la douleur apparaît et ne disparaît plus par la suite.
3) oui, car même si cela intéresse le même territoire que l'ancienne hernie opérée, le patient était sans symptôme depuis longtemps.
4) lombalgie aiguë (IRM confirme que le problème d'hernie discale est guéri)
5) le patient est conscient de la fragilité de son dos et donc entretient depuis plusieurs années son dos tous les jours. C'est un ancien sportif de haut niveau qui est motivé et travaille pour s'améliorer. Il ne fait pas partie de la catégorie des douloureux chroniques du dos. »

Par décision sur opposition du 21 novembre 2013, C._____ a confirmé sa position et rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle relevait que selon la version des faits exposée à l'inspectrice - qui n'était pas une nouvelle version mais une version plus détaillée, complétant les premières déclarations - la douleur était survenue après avoir repositionné le gaufrier sur la table, en se relevant. En l'absence d'élément particulier qui aurait excédé la norme des gestes et efforts courants de la vie quotidienne, il n'y avait pas lieu de retenir l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire ou inhabituel, de sorte que le caractère accidentel de l'événement devait être nié. Par ailleurs, le diagnostic retenu ne correspondant pas à une lésion figurant dans la liste de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS

832.202), le cas ne constituait pas une lésion corporelle assimilée à un accident.

B. E._____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 31 décembre 2013, en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens que le caractère accidentel est reconnu à l'événement du 1^{er} juin 2013. Il rappelle s'être blessé en essayant de rattraper le gaufrier qui tombait, comme l'attestent la déclaration de sinistre et le rapport du 4 novembre 2013 du Dr V._____ ; ces circonstances justifient d'admettre la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire et donc d'un événement accidentel. En outre, il fait grief à l'intimée de s'être fondée uniquement sur le rapport de l'inspectrice, relevant qu'en cas de versions de faits différentes données successivement, la préférence doit être accordée à celle que l'intéressé a formulé alors qu'il ignorait encore les conséquences juridiques.

Dans sa réponse du 30 janvier 2014, C._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant, invité à déposer ses déterminations, n'a pas usé de son droit.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment de son

dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente compte tenu des fériés judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA), satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que C._____ a mis fin à ses prestations pour les suites de l'événement du 1^{er} juin 2013, au motif que celui-ci n'était pas constitutif d'un accident.

Du moment que l'assurance intimée a mis fin à ses prestations avec effet *ex nunc* et *pro futuro*, il n'y a pas lieu d'examiner s'il existe ou non un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il suffit d'examiner si, selon une appréciation correcte de la situation, l'événement en question pouvait ou non donner lieu à prestations (ATF 130 V 380).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

aa) Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2^e 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, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues (cf. ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid. 2.1 ; cf. TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 71 p. 860). Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et 121 V 35 consid. 1a avec les références citées).

Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé », cf. Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 74 p. 861 s.). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (cf. RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 *in fine* [TFA U 322/02 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 79 p. 865).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; cf. RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 avec les références citées et 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 ; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des

phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie (cf. ATF 129 V 466 et 123 V 43 ; cf. TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1). En l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

c) S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4).

d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée).

4. En premier lieu, il sied de constater que la lésion subie ne peut, en tant que telle, être assimilée à un accident au regard de l'art. 9 al. 2 OLAA, le lumbago – comme la hernie discale – ne figurant pas sur la liste des lésions corporelles assimilées à un accident (cf. ATF 116 V 145).

Il convient dès lors d'examiner si l'événement du 1^{er} juin 2013 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGGA. Pour le recourant, il s'est blessé en essayant de rattraper un gaufrier, 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.

Aux termes de sa déclaration de sinistre du 5 juin 2013, le recourant a expliqué s'être fait mal au dos en manipulant, en déplaçant, un gaufrier de 25 kilos. A la requête de l'assurance, il a ensuite précisé, le 16 juin 2013, qu'en manipulant et en déplaçant le gaufrier, celui-ci était tombé de la table, qu'il l'avait rattrapé et s'était fait mal au dos. Selon les déclarations de l'assuré rapportées par le Dr V._____ dans son rapport médical initial du 26 juin 2013, le patient avait présenté un lumbago, plus ou moins une entorse lombaire, après avoir essayé de rattraper une caisse tombée devant lui et en étant resté accroché à celle-ci, tombant avec elle. Le Dr V._____ a précisé, dans son rapport du 4 novembre 2013, que la douleur était clairement apparue au moment où l'assuré essayait de rattraper le gaufrier qui tombait, entraîné par le poids de celui-ci. Selon les déclarations subséquentes faites à l'inspectrice de C._____ le 12 septembre 2013, consignées dans un document signé par le recourant, ce dernier a précisé qu'il était en train de nettoyer le gaufrier sur une table d'environ 80 centimètres de hauteur lorsqu'un pied du gaufrier avait basculé hors de la table ; il avait essayé de retenir l'appareil pesant 25 kilos environ, penché en avant avec le dos, les deux bras en avant, avait pu le retenir dans cette position et le remonter sur la table, et avait ressenti une douleur intense dans le bas du dos en se redressant.

Selon la description de l'événement dommageable - dont la version du 12 septembre 2013 n'apparaît pas contradictoire mais plus détaillée -, il y a lieu d'admettre un mouvement « non programmé » au sens dégagé par la jurisprudence eu égard au mouvement désordonné, involontaire, exercé par le recourant, à l'instar par exemple d'un mouvement effectué par réflexe (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1). Il appert en effet que le déroulement naturel a été influencé par un élément extraordinaire particulier et imprévisible, savoir la bascule d'un pied du gaufrier hors de la table, qui a entraîné un mouvement incontrôlé au niveau du dos. Nonobstant le fait que le recourant a ressenti une douleur en se redressant, il n'en reste pas moins que dans le cas particulier, surpris par le fait que le gaufrier basculait de la table, le recourant s'est vu contraint de fournir de façon involontaire et improvisée un effort sur lequel

il n'avait absolument aucune maîtrise. Le mouvement réflexe non coordonné a ainsi consisté en un « faux mouvement », soit pencher le dos et les bras en avant, à moins de 80 centimètres du sol au vu de la hauteur de la table, pour rattraper le gaufrier de 25 kilos. De telles circonstances excèdent à l'évidence le cadre habituel de l'activité du recourant. Il se justifie dès lors d'admettre la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire et, partant, d'un événement accidentel. A cet égard, les déterminations de la caisse intimée, singulièrement la motivation de la décision litigieuse à laquelle elle se réfère dans sa réponse, ne résiste pas à l'examen. En effet, il ne se justifie pas de scinder les mouvements du recourant en deux actions distinctes (rattraper et repositionner le gaufrier sur la table, puis se redresser), compte tenu de leur enchaînement continu dans un laps de temps très court.

Par conséquent, il y a lieu d'admettre que la condition du facteur extérieur extraordinaire est remplie en l'occurrence et que l'événement du 1^{er} juin 2013 doit être considéré comme un accident au sens de l'art. 4 LPGA, la réalisation des autres critères inhérents à cette notion n'étant pas discutée par les parties (notamment le lien de causalité ; cf. consid. 3a/bb *supra*).

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que la caisse intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 1^{er} juin 2013.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé (cf. ATF 135 V 473), a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter les dépens à 1'500 fr. à la charge de la caisse intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD), sans qu'il se justifie de percevoir un émolument judiciaire (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 21 novembre 2013 par C._____ est réformée en ce sens que celle-ci est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 1^{er} juin 2013.

- III. C._____ versera à E._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour E. _____)
- C. _____
- 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 :