

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juillet 2015

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

T. _____, à Lausanne, recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey,

Art. 6 al. 1 et 2, 10 al. 1 et 16 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré), né en 1977, était employé depuis le 1^{er} mars 2013 comme chauffeur par U._____ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) contre le risque d'accident et de maladie professionnelle, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Selon une déclaration de sinistre LAA datée du 30 mai 2013, l'assuré s'est blessé au dos le 25 avril 2013 dans le contexte d'un accident de travail ; il est précisé que l'assuré s'est fait mal au dos en déchargeant des roues de véhicules, les parties du corps atteintes étaient le dos et la jambe du côté droit et le travail a été interrompu ensuite de l'événement. Le jour même, il a consulté son médecin traitant, le Dr Y._____, lequel a établi un certificat médical d'incapacité de travail totale, pour une durée de deux à trois semaines, avec reprise du travail à 100% le 15 mai 2013. L'incapacité de travail a ensuite été prolongée jusqu'au 17 juin 2013 puis, par certificats successifs du Dr Y._____, jusqu'au 15 mars 2014.

Dans un courriel du 10 mai 2013, l'employeur de l'assuré a informé la CNA que T._____ avait été licencié le 26 avril 2013 par le biais d'un courrier réceptionné le 3 mai suivant. Il était précisé que l'assuré avait travaillé jusqu'au 3 mai 2013 et le certificat d'incapacité de travail du 25 avril 2013 n'avait été produit que le 7 mai 2013.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit, réalisée le 10 mai 2013, avec pour indication « choc direct avec persistance de douleurs antérieures au niveau du genou droit », s'est révélée sans anomalie significative. Le même jour, une IRM lombaire et du petit bassin a été pratiquée en raison d'un « traumatisme avec lombalgies basses ». Le Dr V._____, spécialiste en radiologie, a constaté un discret œdème des tissus mous sous-cutanés vertébral inférieur droit. Il a ainsi

conclu à une tuméfaction des parties molles paralombaires inférieures droites, aucune autre anomalie significative n'étant décelée.

Le 21 mai 2013, l'assuré, par le biais de son assurance de protection juridique, a informé l'employeur que le congé donné par correspondance du 26 avril 2013, avec effet au 3 mai suivant et reçu ce jour-là, était nul puisque signifié durant une période d'incapacité de travail. Il rappelait en outre être en incapacité de travail depuis le 25 avril 2013 et jusqu'au 17 juin 2013, incapacité qui pourrait être prolongée. L'employeur a répondu le 28 mai 2013 que le licenciement était intervenu durant le temps d'essai.

Le 14 juin 2013, le Dr Y. _____ a complété un rapport médical à l'attention de la CNA. Il mentionnait le diagnostic de contusion paralombaire droite, son patient ayant été percuté, selon les indications de ce dernier, par une roue de camion lors d'un déchargement, tombant sur le dos. Sous « constatations objectives », il mentionnait un hématome péri-articulaire du genou droit ainsi que des lombalgies au repos et à la mobilisation, renvoyant pour le surplus aux documents radiologiques du Dr V. _____. Au terme de son rapport, le Dr Y. _____ attestait une incapacité de travail totale jusqu'au 17 juillet 2013.

Le 26 juin 2013, en réponse à un questionnaire de la CNA sur les circonstances de l'accident, l'assuré a indiqué avoir chuté du camion sur la plate-forme arrière du véhicule.

Par courrier du 5 juillet 2013, l'assuré, par son assurance de protection juridique, a demandé à la CNA de procéder dans les plus brefs délais au versement des indemnités journalières, n'ayant obtenu pour l'heure aucune prestation pour son accident du 25 avril précédent.

Dans un courrier daté du même jour, l'assurance de protection juridique a fait savoir à l'employeur, par l'intermédiaire de l'avocat d'U. _____ SA, que l'assuré n'avait plus travaillé depuis le 25 avril 2013 mais s'était fait remplacer par un ami jusqu'au 3 mai 2013.

Interrogé dans les locaux de l'assureur-accidents le 18 juillet 2013 par un inspecteur de la CNA, l'assuré a déclaré qu'il devait décharger des roues de 4x4 et de voitures du pont de sa camionnette, qu'il était descendu de ce pont (hauteur d'environ 50 centimètres) en marchant en avant avec une roue dans chaque main, qu'il avait posé son pied gauche au sol et avait senti une grosse douleur dans son genou gauche ; il était alors tombé en arrière de sa hauteur, s'était tapé avec le bas du dos contre le pont de la camionnette et s'était retrouvé assis par terre. Il a expliqué avoir tout de suite arrêté son travail, appelé un ami qui vit avec lui, lequel était venu terminer son travail, puis avoir vu son médecin dans l'après-midi, qui lui avait examiné le dos et le genou gauche, avant de l'adresser au Dr V._____. Il a ajouté que personne ne l'avait vu tomber et qu'il n'y avait pas de caméra, confirmant au terme de l'entretien qu'il avait bien chuté contrairement à ce qu'avait écrit son employeur dans la déclaration de sinistre. L'assuré a fait part de plaintes s'agissant de son dos, alors que son genou n'apparaissait plus douloureux (il indiquait pouvoir se mettre à genou et se relever sans douleur).

Le 26 juillet 2013, le dossier de l'assuré a été soumis au Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin d'arrondissement de la CNA. Selon les termes de son rapport, les résultats des IRM du 10 mai 2013 ne révélaient aucune anomalie s'agissant du genou gauche et seule une tuméfaction des parties molles paralombaires pouvait être mise en lien avec l'accident, laquelle était habituellement guérie dans les trois mois suivant l'accident. De l'avis du Dr K._____, l'incapacité de travail à 100% ne se justifiait plus, de même que la poursuite du traitement, étant cependant précisé qu'un avis définitif ne pourrait être donné qu'après examen des clichés radiologiques, non uniquement des rapports.

Dans un courrier du 5 août 2013 adressé à l'assurance de protection juridique de l'assuré, la CNA a indiqué que l'accident n'avait intéressé que le dos ; elle n'engageait dès lors pas sa responsabilité s'agissant du trouble du genou, lequel ne résultait ni d'un accident ni

d'une lésion assimilée. Elle a par ailleurs mentionné être dans l'attente d'informations de l'ancien employeur avant le versement des prestations d'assurance.

L'ancien employeur ayant indiqué un salaire pour l'assuré de 3'500 fr. par mois, servi douze fois l'an, la CNA a dès lors informé ce dernier, par courrier du 7 août 2013, que son indemnité journalière s'élevait à 92 fr. 10 par jour calendaire et son droit à dite indemnité prenait naissance le 28 avril 2013.

La CNA a interpellé une nouvelle fois le Dr K._____ après avoir obtenu de l'Institut de radiologie et d'imagerie médicale les clichés d'IRM du 10 mai 2013. Le Dr K._____ a répondu, le 23 août 2013, que les douleurs dorsales attestées par le médecin traitant n'étaient plus en lien avec le sinistre du 25 avril 2013, le *statu quo* pouvant être considéré comme atteint trois mois après l'accident.

Par courrier du 27 août 2013, la CNA a informé l'assuré, par le biais de son assurance de protection juridique, que selon son médecin d'arrondissement, les plaintes concernant le dos n'étaient plus du domaine de l'assurance-accidents mais ressortaient de l'assurance-maladie. En conséquence, elle mettait un terme au versement de ses prestations dès ce jour.

Le 18 novembre 2013, le Dr Y._____ a fait savoir à la CNA que l'évolution de l'état de santé somatique de son patient était défavorable, la symptomatologie douloureuse tant au niveau lombaire que du genou gauche persistant en dépit d'un traitement conservateur.

Par décision du 17 décembre 2013, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance s'agissant des troubles présentés à la suite de l'événement du 25 avril 2013, plus aucune prestation n'étant versée au-delà du 27 août 2013.

Le 3 février 2014, l'assuré, par son assurance de protection juridique, s'est opposé à la décision précitée, demandant le versement des prestations d'assurance jusqu'au 15 mars 2014. Il soutenait que l'avis du médecin d'arrondissement ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante et, de surcroît, était contredit par l'avis du Dr Y. _____ émis dans un rapport du même jour et joint à l'opposition. Aux termes de ce rapport, le médecin traitant posait comme « diagnostics immédiatement après l'accident du 25 avril 2013 » la contusion post-traumatique au niveau de la région lombaire avec lombalgies invalidantes. Les atteintes à la santé étaient, selon lui, en lien de causalité certain avec l'accident dans la mesure où son patient ne présentait aucun antécédent traumatique, tant au niveau lombaire que du genou. Il s'opposait à la conclusion du Dr K. _____ tendant à retenir la fin des suites de l'accident trois mois après l'événement, arguant que les douleurs étaient persistantes, malgré un traitement conservateur intense. L'incapacité de travail demeurait totale, la reprise d'une activité adaptée n'étant prévue que le 15 mars 2014, date à laquelle le *statu quo sine* serait considéré comme atteint.

Dans une écriture complémentaire du 31 mars 2014, l'assurance de protection juridique s'est appuyée sur les renseignements obtenus du Dr Y. _____ le 10 mars 2014, soulignant que le médecin traitant confirmait l'absence de pathologie préexistante au niveau lombaire - comme le révélait le bilan radiologique effectué au X. _____ en janvier 2012 - ainsi que la reprise du travail au 15 mars 2014. Les conclusions tendant au versement des prestations d'assurance jusqu'au 15 mars 2014, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise indépendante, étaient maintenues.

Le Dr K. _____ s'est prononcé dans un nouvel avis du 9 avril 2014. Il confirmait que le type de contusion du dos subi par l'assuré guérissait au plus tard après trois mois et précisait que l'assurance-accidents accordait généralement des prestations d'assurance pendant six mois. Au-delà de cette date, les troubles dont se plaignait l'assuré ne pouvaient plus être en lien de causalité avec l'accident invoqué.

Par décision sur opposition du 16 avril 2014, la CNA a partiellement admis l'opposition formée par l'assuré, reconnaissant le versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et prise en charge des frais médicaux) s'agissant des troubles dorsaux, jusqu'au 25 octobre 2013. Elle confirmait par ailleurs que sa responsabilité n'était pas engagée s'agissant des troubles du genou gauche.

B. T._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 27 mai 2014, concluant à la réforme de la décision du 16 avril 2014 en ce sens que le droit aux indemnités journalières et la prise en charge de ses frais médicaux lui sont reconnus jusqu'au 15 mars 2014. Il se réfère à cet égard aux certificats d'incapacité de travail établis par son médecin traitant jusqu'en mars 2014. Il fait en outre grief à l'intimée de ne pas avoir instruit suffisamment son cas, singulièrement de ne pas avoir demandé l'avis d'un expert neutre eu égard aux avis divergents des Drs K._____ et Y._____.

Dans sa réponse du 3 juillet 2014, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant réplique le 9 octobre 2014, soulignant pour l'essentiel la nécessité d'une expertise eu égard à l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA avis contraire à celui de son médecin traitant. Il conclut ainsi, préliminairement, à la mise en œuvre d'une expertise neurologique et orthopédique, principalement à la réforme de la décision du 16 avril 2014 en ce sens qu'il est mis au bénéfice de prestations et indemnités de l'assurance-accidents dès le jour de l'accident et jusqu'au 15 mars 2014, subsidiairement à l'annulation de la décision précitée et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision.

Au terme de sa duplique du 3 novembre 2014, l'intimée maintient ses conclusions.

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 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), 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).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), 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) 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 a été formé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - auprès du tribunal compétent ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

La valeur litigieuse est manifestement inférieure à 30'000 fr., T._____ concluant à l'octroi d'indemnités journalières (de 92 fr. 10) et à la prise en charge des frais de traitement pour la période du 26 octobre 2013 au 15 mars 2014. Partant, la présente cause ressortit à un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier des prestations de l'intimée (indemnités journalières et prise en charge des frais médicaux) pour les éventuelles suites de l'événement du 25 avril 2013, pour la période du 26 octobre 2013 au 14 mars 2014, date au-delà de laquelle ce dernier a recouvré une pleine capacité de travail.

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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

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). 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) 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 (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid. 2.1). 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 118 V 59 consid. 2b).

Ainsi, la jurisprudence a admis l'existence d'un facteur exceptionnel lorsque, en soulevant ou en poussant une charge, une lésion se produit à cause d'un effort extraordinaire, c'est-à-dire manifestement excessif. Mais 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 (ATFA 1943 p. 69 s. ; Alfred Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berne 1985, p. 178). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b et les références).

Le critère du facteur extérieur extraordinaire 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 du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé » ; Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, Ulrich Meyer [éd.], 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, ch. 74 p. 861). 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'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. 184 consid. 4.1 in fine [arrêt du 7 octobre 2003, TFA U 322/02], 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

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 accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). 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 maladif antérieur 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* ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et 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 l'existence d'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 (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 ; 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. Ainsi, 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, 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).

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 (ATF 129 V 466 et 123 V 43 ; 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 (ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition - pour la première fois - de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, 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, 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. 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, fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs) (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; 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).

4. a) 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 (art. 43 al. 1 LPGA). 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur

mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a).

5. Le recourant conteste avoir disposé d'une pleine capacité de travail antérieurement au 15 mars 2014 ; il se réfère à l'appréciation médicale du Dr Y._____, lequel atteste une incapacité de travail totale au-delà de la date retenue par la CNA pour mettre fin aux prestations légales d'assurance.

Se fondant essentiellement sur les avis du Dr K._____, l'intimée considère que l'événement accidentel ne déployait plus d'effet six mois après sa survenance, étant précisé que cet événement n'avait intéressé que le dos ; de ce fait, il a nié le droit aux prestations au-delà du 25 octobre 2013.

a) S'agissant du déroulement de l'événement survenu le 25 avril 2013, on rappellera, selon les déclarations faites à l'inspecteur de la CNA le 18 juillet 2013, consignées dans un document signé par le recourant, que ce dernier déchargeait des roues de voitures du pont de sa camionnette, était descendu de ce pont - haut de 50 centimètres environ - en marchant en avant avec une roue dans chaque main, avait posé le pied gauche au sol et avait senti une grosse douleur dans son genou gauche ; il était alors tombé en arrière de sa hauteur, s'était tapé avec le bas du dos contre le pont de la camionnette et s'était retrouvé assis par terre. Le recourant a en outre déclaré mesurer 1 mètre 72 pour un poids de 77 kg.

Il convient ainsi de distinguer deux phases dans les circonstances décrites par le recourant ; la première consiste dans le fait de descendre du pont de la camionnette en posant un pied au sol, la seconde dans le fait de tomber en arrière de sa hauteur (voir à cet égard : TF 8C_194/2009 du 11 août 2009). Si la seconde phase constitue, en tant

que telle, un accident (cf. consid. 5c *infra*), la première, quant à elle, n'entre pas dans la définition d'un accident ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident (cf. consid. 5b *infra*).

b) Singulièrement, à l'aune de la description de l'événement susmentionnée, il sied d'admettre qu'aucun facteur extérieur, présentant ou non un caractère extraordinaire, n'a déclenché la lésion du recourant au genou gauche.

En effet, le recourant allègue une forte douleur dans le genou en posant normalement son pied au sol après avoir quitté le pont de la camionnette ; une telle action dépourvue d'intensité ne sort pas du cadre de la vie courante et ne saurait dès lors constituer un facteur extérieur. Le recourant ne décrit aucun phénomène particulier qui serait venu interférer le déroulement du mouvement qu'il était en train d'effectuer. L'effort physique qu'il a fourni à cette occasion n'a pas excédé le cadre de ce qui est physiologiquement normal, le recourant n'expliquant au demeurant pas en quoi le geste en question aurait requis une sollicitation de son genou plus élevée que la normale. En d'autres termes, le fait que l'intéressé n'a ni effectué de saut, ni opéré de mouvement particulier et qu'il n'a pas non plus posé son pied sur un sol inégal ne permet pas d'admettre l'existence d'un accident, ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

Par ailleurs, la chute de sa hauteur (seconde phase) est la conséquence et non la cause de la douleur ressentie au niveau du genou, celle-ci étant antérieure ; dans ce contexte, la chute n'est pas déterminante.

Ainsi, en l'absence de tout mouvement involontaire, propre à solliciter son corps – singulièrement son membre inférieur gauche (selon les dires du recourant du 18 juillet 2013) – de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique (soit jusqu'à la fin de la première phase), on ne saurait retenir l'existence d'un facteur extérieur.

Il n'est par ailleurs pas prouvé, à satisfaction de droit, que le recourant a été victime, le 25 avril 2013, d'une lésion assimilée au sens médical du terme.

En définitive, les faits et constatations médicales ne tendent à la présence ni d'un accident ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident, de sorte que l'atteinte au genou gauche ne pouvait donner droit au versement de prestations d'assurance.

c) La seconde phase a été marquée par une chute de sa hauteur, consécutive à la douleur ressentie au genou, entraînant une contusion lombaire.

L'IRM lombaire et du petit bassin du 10 mai 2013 a mis en évidence un discret œdème des tissus mous sous-cutanés vertébral inférieur droit. Le radiologue V. _____ a conclu à une tuméfaction des parties molles paralombaires inférieures droites et à l'absence d'autre anomalie significative.

Le Dr K. _____ a exposé, le 26 juillet 2013, que l'examen radiologique pratiqué le 10 mai précédant a révélé une tuméfaction des parties molles paralombaires, trouble pouvant être mis en relation de causalité avec l'événement du 25 avril 2013 ; le *statu quo sine* était généralement rétabli après une période de trois mois dans le cas d'un traumatisme du genre de celui subi par le recourant (contusion simple, sans lésion osseuse). Il a confirmé cette appréciation le 23 août 2013, à réception des clichés de l'IRM. Dans le cadre de son examen du 9 avril 2014, il a mentionné, sur le vu de la littérature médicale entérinée par la jurisprudence en matière d'aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant asymptomatique, que les prestations d'assurances sont généralement versées pendant six mois ; au-delà de cette période, les troubles dorsaux dont se plaignait le recourant n'étaient plus à mettre en lien avec l'événement assuré.

Les conclusions du Dr K._____ sont conformes à la jurisprudence du Tribunal fédéral - et à la littérature médicale - selon lesquelles le genre de traumatisme subi par le recourant cesse de produire ses effets quelques mois (six en général) après la survenance de l'événement accidentel (TF U 401/00 du 6 juin 2001 consid. 4.b et les références citées).

A l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, le recourant oppose les certificats médicaux de son médecin traitant. Ce dernier atteste que son patient était affecté de dorsolombalgies générant une incapacité de travail jusqu'au 15 mars 2014.

Dans son rapport du 14 juin 2013, le Dr Y._____ pose pour seul diagnostic une contusion paralombaire droite, fondée sur l'IRM lombaire du 10 mai 2013, précisant dans son rapport du 3 février 2014 une contusion post-traumatique au niveau de la région lombaire avec lombalgies invalidantes. Il estime que l'apparition de la symptomatologie lombaire après le traumatisme permet de conclure à une relation de causalité entre l'accident d'avril 2013 et la pathologie présentée jusqu'en mars 2014, ceci d'autant plus en l'absence d'antécédent ou d'autres causes. Il se réfère notamment à cet égard au bilan radiologique effectué au X._____ en janvier 2012, lequel n'a pas montré de pathologie au niveau de la colonne lombaire. Ses constatations semblent donc résulter essentiellement du raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a précisé qu'il n'était pas suffisant, à lui seul, pour établir un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; cf. consid. 3a/bb).

Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'appréciation du Dr K._____, dont la valeur probante ne saurait être mise en doute (cf. consid. 4b *supra*). Sur le fond, le recourant ne formule aucune critique à l'encontre de l'appréciation du médecin d'arrondissement et ne cherche pas à démontrer, au moyen d'une argumentation précise et étayée, que les conclusions de ce dernier seraient erronées. Il ne mentionne pas d'éléments de nature clinique ou

diagnostique qui auraient précédemment été mis en évidence et qui auraient été ignorés par le Dr K._____. *A contrario*, le recourant se contente d'invoquer que l'avis de ce dernier est insuffisant, au demeurant contredit par l'avis de son médecin traitant. Ainsi, il ne développe pas une argumentation propre à démontrer le caractère insoutenable des constatations de l'intimée ou à établir, sur la base d'avis médicaux revêtant pleine valeur probante, l'existence de doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr K._____.

Partant, il y a lieu d'admettre, à l'instar de l'intimée, que le recourant a été victime d'une contusion lombaire le 25 avril 2013, soit une atteinte mineure au regard des conclusions du radiologue V._____, laquelle n'a entraîné des effets que sur une période de six mois au maximum, comme l'a mentionné à juste titre le Dr K._____.

Les troubles dorsaux présentés par l'assuré ne pouvant être mis en relation de causalité avec l'accident passé un délai de six mois, il n'y a dès lors pas lieu, en l'état, d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (cf. consid. 3a/bb *supra*).

d) Au vu des considérants qui précèdent, on retiendra que l'événement accidentel du 25 avril 2013 ne déployait plus d'effet six mois après sa survenance ; c'est dès lors à bon droit que la caisse intimée a nié le lien de causalité entre la symptomatologie présentée et l'événement en cause à compter du 25 octobre 2013, mettant en conséquence légitimement fin à l'allocation de prestations d'assurance.

6. Si l'assureur 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 superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 459 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de

procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 119 V 335 consid. 3c).

En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer.

7. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Quant à l'intimée, obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, elle ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant.

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 27 mai 2014 par T._____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 avril 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- T. _____
- Me Olivier Derivaz (pour 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).

La greffière :