

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 octobre 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : Mme Dessaux et M. Merz
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par le Centre Social Protestant-Vaud, à Lausanne,

et

K._____, à Lucerne, intimée.

Art. 6 LAA; 9 al. 2 OLAA; 44 LPG

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille à 100% en qualité de conducteur auprès des G._____. A ce titre, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration électronique de sinistre LAA du 8 mai 2013, son employeur a annoncé une entorse/torsion du pied droit en décrivant les faits s'étant déroulés le 6 mai 2013 à 20h00 de la manière suivante : « il a raté le trottoir en courant pour rattrapper son bus afin de rentrer à son domicile. Il est mal retombé sur son pied ».

Par certificat du 7 mai 2013, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a attesté une totale incapacité de travail à compter du 7 mai 2013 à réévaluer.

Par courrier du 15 mai 2013, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel du 6 mai 2013.

Le 16 mai 2013, le Dr B._____ a prescrit à son patient des cannes anglaises et une genouillère droite de soutien.

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit réalisée le 28 mai 2013 a conclu à une probable déchirure partielle de l'insertion tibiale du faisceau postéro-latéral du ligament croisé antérieur (LCA), dont la fonctionnalité était à confronter avec l'examen clinique, une déchirure horizontale des segments moyen et postérieur du ménisque médial avec bascule d'un fragment méniscal dans le récessus ménisco-fémoral, une déchirure verticale complète du segment antérieur du ménisque latéral, sans fragment méniscal déplacé et un épanchement intra-articulaire modéré.

Une IRM lombaire pratiquée le 24 juin 2013 a mis en évidence une arthrose inter-facettaire pluri-étagée prédominant nettement en L5-S1 à gauche où l'on notait une formation kystique para-articulaire intracanaulaire extradurale engendrant une empreinte sur le fourreau dural et sur l'émergence de la racine S1 gauche.

Par certificat médical du 27 juin 2013, le Dr B._____ a prolongé l'incapacité totale de travail au 12 juillet 2013. Il a préconisé des antalgies et de la physiothérapie pour la jambe gauche.

Par certificat médical du 26 juillet 2013, le Dr B._____ a attesté une capacité de travail à 50% dès le 29 juillet 2013, puis à 100% dès le 5 août 2013.

Dans un certificat médical LAA complété le 5 août 2013, le Dr B._____ a posé le diagnostic de gonalgie droite avec suspicion d'une lésion méniscale. Il a indiqué que son patient lui avait précisé qu'en courant prendre le bus, il avait, en descendant d'un trottoir, subi un mouvement de torsion du genou droit avec claquement. En outre, si l'arrêt de travail était initialement motivé par le problème du genou droit, il l'était dans un deuxième temps par une lombosciatalgie gauche S1.

Dans un rapport médical intermédiaire du 16 décembre 2013, le Dr B._____ a retenu les diagnostics de kyste arthrosynovial L5-S1 gauche à l'origine d'une radiculopathie S1 gauche irritative, de diabète type II et de gonalgie droite sur déchirure méniscale interne. Il a expliqué que la gonalgie droite s'était progressivement estompée, la sciatique gauche devenant le problème principal : cruralgie gauche (douleurs ressenties dans la région poplitée) accentuée à la marche avec lancées électriques et paresthésie externe du pied. Le patient a été examiné par le Dr S._____, spécialiste en neurochirurgie, le 19 novembre 2013, lequel a organisé une ponction du kyste pour la mi-décembre. Le Dr B._____ a en outre signalé qu'il n'y avait plus de traitement antalgique et que le traitement actuel était une prise en charge par le Dr S._____. Le

médecin traitant a attesté une reprise du travail à 100% à compter du 5 août 2013. Il a annexé à son rapport un courrier du Dr S. _____ du 27 novembre 2013, qui avait notamment la teneur suivante :

« **Anamnèse actuelle :**

Il présente depuis 6 mois, une symptomatologie douloureuse dans le MIG [membre inférieur droit] selon un territoire radiculaire compatible avec le dermatome S1 gauche.

La symptomatologie est apparue en descendant le trottoir où il aurait présenté une douleur d'abord au niveau du genou droit en relation avec une déchirure du ménisque interne droite ainsi qu'une sciatalgie du côté gauche.

La symptomatologie douloureuse suit un territoire radiculaire S1 gauche, avec une hypoesthésie dans la face externe du pied droit. Le réflexe achilléen est diminué mais présent par rapport à droite où il est vif.

La symptomatologie douloureuse persiste malgré une infiltration réalisée le 05.07.2013 en périradiculaire S1 gauche, sur la base d'une IRM qui avait mis en évidence un kyste arthro synovial L5-S1 gauche.

Examen clinique :

Je n'ai pas retrouvé de déficit de force. La manoeuvre de Lasègue est positive au-delà de 70° à gauche.

Visiblement il y a une compression radiculaire persistante.

Discussion et proposition :

Avant de discuter d'un geste chirurgical j'ai proposé une ponction du kyste de l'articulation L5-S1 gauche qui sera réalisée par le Dr [...], avec qui j'ai discuté ce jour et, qui avait effectué l'infiltration périradiculaire du 05.07.2013.

Cette procédure sera réalisée entre le 09 et le 21.12.2013 puisque M. V. _____ sera en congé durant cette période ».

Dans le cadre d'un entretien du 24 février 2014 avec un inspecteur des sinistres de la CNA, l'assuré a notamment déclaré ce qui suit :

« [...].

Etat de faits :

Le lundi 6.5.2013, vers 20 heures, je me trouvais du côté de la [...] de [...] lorsque j'ai vu mon bus [...] arriver à l'arrêt [...]. Je me suis mis à courir et, au moment où j'ai sauté du trottoir sur la route, à la réception de ce petit saut, au moment de poser normalement mon pied bien à plat au sol, sans qu'il ne se passe rien d'extraordinaire comme une chute ou une glissade, j'ai soudainement ressenti comme une lancée électrique dans mon genou droit. Comme si on m'avait donné un coup de marteau. J'ai dû m'arrêter net sur place

pour me masser le genou et finalement rejoindre mon bus en boitant. A ce moment-là je n'avais absolument pas mal du tout dans le dos ou dans ma jambe gauche.

Cours de la guérison :

Vu les douleurs et l'enflure apparaître progressivement, j'ai consulté A. _____ [A. _____] le lendemain et donc uniquement par rapport à ce genou droit. Ce médecin m'a prescrit du repos, une genouillère et la marche en décharge avec des cannes. Puis de la physio.

C'est alors que, progressivement dans les 3 ou 4 semaines qui ont suivi, petit-à-petit, sans qu'il ne se soit absolument rien passé de nouveau comme une chute, une glissade ou un choc, j'ai commencé à ressentir des crampes tout le long de l'arrière de ma jambe gauche. Du haut de ma cuisse jusque dans mon talon. Mais le plus marqué, c'était derrière le genou gauche.

Mon physiothérapeute a alors partagé son traitement entre mon genou droit et ma jambe gauche. Puis le Dr B. _____ m'a envoyé passer une infiltration dans le milieu du bas de mon dos à la clinique de Q. _____ non sans m'avoir tout d'abord fait passer un scanner du bas de mon dos dans cette même clinique. C'était en juillet 2013 et cette infiltration ne m'a pas autrement soulagé.

Pour ce qui est de mon genou droit, le Dr B. _____ m'a finalement fait passer un scanner dans le courant du mois de juin avant de m'adresser chez le Dr [...]. C'était le 2.7.2013. Pour ce médecin il était clair que je souffrais d'une lésion méniscale qu'il faudrait opérer tôt ou tard. Mais aussi que je devais donner la priorité aux soins des suites de ma sciatique.

Lorsque, sur mon insistance, le Dr B. _____ a été d'accord de me faire reprendre progressivement mon activité professionnelle de conducteur par un 50% durant une semaine, j'allais alors nettement mieux avec l'état de mon genou droit. Le traitement de physio s'était terminé vers la mi-juillet environ.

J'ai repris mon activité à 100% le 5.8.2013 sans véritablement d'amélioration au niveau de ma jambe gauche si bien que le Dr B. _____ m'a finalement réadressé à Q. _____ où j'ai alors revu [le] Dr S. _____.

Après un nouveau scanner, ce médecin m'a refait une infiltration le 9.12.2013, infiltration qui, alors m'a soulagé jusqu'au 1.1.2014.

Etat :

Cela n'a malheureusement pas duré. Je me retrouve depuis lors dans le même état avec toujours ces tensions partant depuis le bas de mon dos jusque dans mon talon. Plus marquées encore derrière mon genou gauche. C'est pratiquement au travail que je me sens presque le mieux. Il n'y a aucun traitement en cours. Depuis lors j'ai revu le Dr S. _____ qui m'a dit que je devais maintenant me faire opérer d'un kyste dans le bas de mon dos. Cette intervention est programmée pour le 4.3.2014. Raison pour laquelle il me faut une réponse rapide de la part de la Suva.

Pour ce qui est de mon genou droit, j'arrive à tenir dans la vie de tous les jours. J'ai mal dans certains mouvements de rotation de ce genou. Ce genou droit se met alors à enfler et je sens très bien qu'il s'est alors rempli de liquide. Ce qui m'oblige à porter une genouillère. Je sais donc que je vais devoir de toute façon aussi me faire opérer de ce genou ».

Par courrier du 28 février 2014 à la CNA, le Dr S. _____ a sollicité l'autorisation de procéder à une exérèse du kyste articulaire et une décompression du nerf L5-S1 du côté gauche avec couverture de la CNA.

Par décision du 7 mars 2014, la CNA a considéré que sur la base des documents médicaux, il n'existait aucun lien de causalité certain ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'événement du 6 mai 2013 et les troubles du dos annoncés. La CNA a dès lors enjoint l'assuré à s'annoncer à sa caisse-maladie pour la prise en charge desdits troubles.

Dans le cadre de son opposition du 4 avril 2014, l'assuré, désormais représenté par le Centre Social Protestant-Vaud, a allégué que la décision précitée était insuffisamment motivée et qu'elle violait dès lors son droit d'être entendu. Il a en outre soutenu que sans son accident du 6 mai 2013, il ne souffrirait pas du dos et aucun kyste ne se serait formé en bas du dos. L'événement assuré et les conséquences étaient dès lors en lien direct, selon une vraisemblance prépondérante. Il s'est ainsi référé à la déclaration de sinistre LAA du 11 mars 2014, par laquelle son employeur a annoncé une rechute le 5 mars 2014 en exposant que « suite à son accident de 2013, le collaborateur souffre maintenant du côté gauche une boule c'est (sic) formée en bas du dos à côté du nerf sciatique. Selon les différents médecins consultés, ceci est dû à son ancien accident ». L'assuré a principalement conclu à la réforme de la décision en ce sens que la CNA devait donner droit aux prestations d'accident, subsidiairement à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Au vu de ces éléments, la CNA a soumis le cas de l'assuré au Dr W._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son appréciation médicale du 9 avril 2014, ce praticien a exposé ce qui suit :

« Ce patient, âgé actuellement de 56 ans, conducteur aux G._____, [G._____] , d'origine [...], a ressenti une vive douleur dans le genou D [droit] le 06.05.2013 après avoir sauté du trottoir sur la route, s'étant mis à courir pour attraper le bus.

Notre service administratif estime qu'il n'y a pas d'accident dans ce cas mais tout au plus un évènement assimilé à un accident au sens de la jurisprudence.

Le 07.05.2013, le patient a consulté le Dr B._____ à A._____ qui a suspecté une lésion méniscale.

Le 28.05.2013, une IRM du genou D a confirmé une déchirure des 2 ménisques. Elle a également montré une probable déchirure partielle du LCA.

S'agissant de lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9/2 OLAA, vraisemblablement contemporaines de l'évènement assuré, la Suva a pris le cas en charge.

3 à 4 semaines après cet évènement, le patient a vu apparaître progressivement des lombo-sciatalgies G [gauches] et une IRM lombaire, le 24.06.2013, a montré une arthrose interfacettaire postérieure à plusieurs niveaux, notamment en L5-S1, s'accompagnant d'un kyste para-articulaire intra-canalair extra-dural, engendrant une empreinte sur le fourreau dural et sur l'émergence de la racine S1 G.

Il semble qu'il est question de ponctionner ce kyste.

Cette affaire ne concerne en rien la Suva.

En effet, les lésions mises en évidence sur l'IRM lombaire du 24.06.2013 s'inscrivent clairement dans le cadre d'un processus dégénératif.

Quoiqu'il en soit, elles ne figurent pas dans la liste des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9/2 OLAA qui est exhaustive.

A supposer qu'on considère l'évènement du 06.05.2013 comme un accident, ce qui n'est pas le cas, un intervalle libre de 3 à 4 semaines ne permettrait pas de retenir une relation de causalité pour le moins vraisemblable, entre les lombo-sciatalgies G dont souffre ce patient et l'évènement en question ».

Par courrier du 22 mai 2014 à la CNA, l'assuré a produit un courrier du 19 mai 2014 du Dr S._____. Après avoir pris connaissance de

la décision du 7 mars 2014 de la CNA, ce praticien a pris position de la manière suivante :

« [...]»

Selon la formule consacrée il est hélas impossible, dans le cas précis de M. V._____, d'affirmer qu'il existe un lien de causalité certain pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante selon les critères appliqués par l'assureur.

Nous pouvons seulement affirmer que le patient ne présente pas sur l'IRM réalisée des stigmates d'une pathologie lombaire chronique. L'assureur applique les dispositions légales qui vous sont connues ».

Par décision sur opposition du 26 mai 2014, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a confirmé sa décision du 7 mars 2014. Elle a rappelé avoir accepté d'engager sa responsabilité dans la mesure où l'assuré avait été victime d'un événement assimilé à un accident selon l'art. 9 OLAA. En effet, l'assuré n'a pas été victime d'un accident, le critère du facteur extérieur extraordinaire faisant défaut. Lors de l'entretien du 24 février 2014, l'assuré avait d'ailleurs clairement indiqué qu'il ne s'était rien passé d'extraordinaire comme une chute ou une glissade. Même s'il convenait de retenir que l'événement du 6 mai 2013 était un accident, la CNA se rallie à l'appréciation du Dr W._____ sur ce point s'agissant de l'absence de relation de causalité pour le moins vraisemblable entre les lombo-sciatalgies gauches dont souffre le patient et l'événement en question, les avis des 28 février et 19 mai 2014 du Dr S._____ ne permettant pas de douter de l'analyse effectuée. L'assuré était dès lors prié de s'adresser à son assureur-maladie.

B. Par acte de son mandataire du 10 juin 2014 reçu le 23 juin 2014, V._____ recourt contre la décision sur opposition du 26 mai 2014. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit aux prestations d'assurance-accident, subsidiairement à la mise en œuvre de mesures d'instructions complémentaires et à un réexamen de son droit aux prestations dans le sens du résultat de l'expertise, encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il relève que l'intimée a pris en charge les frais liés à la déchirure du ménisque. En outre dans la

déclaration de sinistre du 11 mars 2014 liée à une rechute, il a indiqué qu'il avait raté le trottoir et qu'il était mal retombé sur son pied, ce qui démontre le caractère extraordinaire de l'événement du 6 mai 2013 lequel doit dès lors être qualifié d'accident. Il allègue que les douleurs dorsales sont, à tout le moins sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, les conséquences directes d'un accident, raison pour laquelle l'intimée aurait dû donner droit aux prestations d'accident en sa faveur. Il critique le fait que l'intimée n'ait pas tenu compte de l'avis du Dr S. _____ lequel a toujours constaté une origine post-traumatique à ses douleurs actuelles et qu'elle se soit, en définitive, fondée sur le rapport très bref de son médecin-conseil. Ainsi une expertise médicale indépendante aurait dû être ordonnée afin de pouvoir établir ou non l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 6 mai 2013 et ses douleurs dorsales. Le recourant soutient dès lors que l'intimée a violé les art. 44 et 45 LPGA. Le recourant indique enfin que l'art. 21 LAA relatif au versement de prestations en cas de rechutes et de séquelles tardives lui est applicable.

Dans sa réponse du 4 juillet 2014, l'intimée conclut à la confirmation de la décision entreprise et au rejet du recours. Elle relève que le Dr S. _____ a retenu qu'il était impossible d'affirmer qu'il existait dans le cas du recourant un lien de causalité pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'événement assuré. L'intimée ajoute qu'il paraît pour le moins invraisemblable que l'arthrose interfacettaire pluri-étagée prédominant en L5-S1 à gauche avec formation kystique para-articulaire intra-canalair ait pu se former en moins d'un mois seulement et, de surcroît, après un événement aussi bénin où le dos n'a pas été atteint. A l'instar du Dr W. _____, l'intimée retient qu'il s'agit de lésions dégénératives sans lien avec l'événement du 6 mai 2013. Enfin, en l'absence de rapports médicaux contradictoires, l'intimée ne voit pas en quoi une expertise médicale serait utile, raison pour laquelle elle rejette la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une telle expertise.

Dans un courrier du 4 juillet 2014, le mandataire du recourant indique que ce dernier a pu recommencer à travailler à 100% en qualité de chauffeur G. _____ depuis la fin du mois de mai 2014. Les douleurs

dont il souffre semblent avoir disparu en raison des infiltrations de cortisone subies en juillet et décembre 2013. Aucun scanner n'aurait été effectué depuis lors et il ne sait pas si le kyste est toujours présent.

Dans une écriture complémentaire du 25 août 2014, le mandataire du recourant précise qu'il semblerait que cet apaisement des douleurs résulterait des infiltrations de cortisone subies par le recourant. Le kyste existerait toujours et son ablation demeure la solution la plus optimale à long terme. Il confirme sa requête de mise en œuvre d'une expertise tendant à démontrer que les douleurs de son mandant n'ont pas comme origine un processus dégénératif, mais qu'elles sont la conséquence de l'événement litigieux.

Dans ses déterminations du 15 septembre 2014, l'intimée estime que la requête d'expertise est superflue, le recourant n'ayant pas été en mesure de démontrer un quelconque lien de causalité entre ses troubles dorsaux et l'accident du 6 mai 2013.

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

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; 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 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir si, pour les suites de l'événement survenu le 6 mai 2013, l'intimée est tenue de servir des prestations au recourant pour des troubles qu'il présente au dos sous la forme d'une arthrose interfacettaire postérieure à plusieurs niveaux, notamment en L5-S1, s'accompagnant d'un kyste para-articulaire intra-canalair extra-dural, engendrant une empreinte sur le fourreau dural et sur l'émergence de la racine S1 gauche.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

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 »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 précité consid. 5.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). 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*; TF 8C_377/2009 précité consid. 5.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement 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; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre

1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

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

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait 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, 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.

c) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 peuvent être enclins, en cas de doute, à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

Le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

connaissances spéciales à la disposition de l'autorité compétente afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

3. En l'occurrence, la prise en charge des troubles du genou droit en lien notamment avec une déchirure méniscale interne - cette atteinte figurant dans la liste énumérée à l'art. 9 al. 2 OLAA - n'est pas remise en cause, l'intimée ayant admis le facteur dommageable extérieur au sens de cette disposition. Le litige au fond se limite par conséquent au droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents en lien avec les troubles dorsaux dont il souffre, notamment par la prise en charge d'une intervention chirurgicale (exérèse du kyste articulaire et décompression du nerf L5-S1).

a) En l'espèce, en décrivant l'événement du 6 mai 2013, le recourant a déclaré qu'il s'était mis à courir et, qu'au moment où il avait sauté du trottoir sur la route, à la réception de ce petit saut, au moment de poser normalement son pied bien à plat au sol, il avait soudainement ressenti comme une lancée électrique dans son genou droit sans qu'il ne se passe rien d'extraordinaire comme une chute ou une glissade (entretien avec un collaborateur de la CNA le 24 février 2014). Le fait de poser à plat son pied après un petit saut ne répond à l'évidence pas à la définition de l'accident, faute d'un facteur extérieur extraordinaire, raison pour laquelle l'événement du 6 mai 2013 ne saurait constituer un accident. Par ailleurs, contrairement à la déchirure du ménisque interne, on n'est pas non plus en présence d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (art. 6 al. 2 LAA), qui contient une liste exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a). Par conséquent, il sied de considérer que la CNA ne répond pas des douleurs dorsales présentées par le recourant trois à quatre semaines après l'événement du 6 mai 2013 et de la rechute annoncée au mois de mars 2014 (cette rechute n'ayant par ailleurs elle-même aucun caractère accidentel). Pour cela, il n'était pas nécessaire, contrairement à l'avis du recourant, de mettre en oeuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGa, la notion d'accident étant une notion juridique et non médicale.

b) En l'absence d'accident, la question de savoir si les troubles dorsaux étaient en relation de causalité naturelle avec l'événement en question peut rester indéterminée. Toutefois, même dans l'hypothèse d'un accident, seul le Dr S._____ a qualifié de vraisemblable l'origine post-traumatique de la lésion, sans toutefois constater l'existence d'une relation de causalité naturelle avec l'événement du 6 mai 2013. L'apparition de douleurs à la suite d'un accident constitue au mieux un indice en faveur d'un rapport de causalité naturelle. En l'occurrence, il n'y a pas d'autre circonstance sur laquelle s'appuyer pour corroborer cet indice et établir un tel lien de causalité. Surtout, l'assuré n'a décrit aucun symptôme douloureux documenté médicalement durant environ un mois, élément qui ne permet pas selon l'avis du Dr W._____ du 9 avril 2014 de retenir une relation de causalité pour le moins vraisemblable entre les lombo-sciatalgies gauches dont souffre le recourant et l'événement en question. Le Dr S._____ a finalement confirmé l'avis du médecin-conseil par courrier du 19 mai 2014, relevant qu'il lui était impossible d'affirmer qu'il existait un lien de causalité certain pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Dès lors, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement du 6 mai 2013 et les douleurs exprimées par l'assuré un mois plus tard ne peut pas être tenue pour établie, étant clairement démentie par les pièces médicales versées au dossier.

c) Par conséquent, l'intimée était fondée, sans qu'il soit nécessaire de mettre en oeuvre une expertise médicale complémentaire, par sa décision sur opposition du 26 mai 2014, de refuser d'allouer ses prestations pour les douleurs dorsales.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par V._____ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès

lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; 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 26 mai 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Centre Social Protestant-Vaud, à Lausanne (pour V._____, à [...]),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :