

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 janvier 2015

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Neu et Mme Berberat
Greffière : Mme Rossi

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, travaille en qualité de carrossier à plein temps depuis le 1^{er} septembre 2011 pour le compte de Garage [...] Sàrl. A ce titre, il est assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre LAA adressée à la CNA le 4 décembre 2013 par l'employeur, l'assuré, en date du 21 août 2013 à 15 h 30, alors qu'il se trouvait au garage, s'était blessé au bras gauche. L'événement était décrit en ces termes : « En ponçant un gros pare-choc posé sur un chevalet, le pare-choc a glissé et en voulant le rattraper un faux mouvement ». Sous la rubrique « type de lésion » de la déclaration, il était indiqué « tendon ». Le travail n'avait pas été interrompu à la suite de cet événement.

Le 11 décembre 2013, la CNA a fait savoir à l'employeur qu'elle allouerait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 21 août 2013. Toutefois, le 8 janvier 2014, la CNA a expliqué à l'employeur que, depuis son courrier du 11 décembre 2013, elle avait eu connaissance de faits nouveaux qui l'obligeaient à réexaminer la question de savoir si elle était tenue d'allouer les prestations, l'informant de la révocation de la garantie de prise en charge et de la mise en oeuvre d'une enquête complémentaire.

Sur requête de la CNA, l'assuré a été invité à préciser le déroulement de l'événement du 21 août 2013. Le 20 janvier 2014, il a répondu « En rattrapant un pare-choc, faux mouvement » à la question de savoir à quelle activité ou à quelles circonstances il attribuait les troubles incriminés. K. _____ avait été témoin de l'événement. L'assuré avait ressenti les premières douleurs trois jours après et sa première consultation avait eu lieu le 3 octobre 2013 auprès du Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale. L'assuré a répondu par la

négative à la question « S'est-il produit quelque chose de particulier (glissade, chute, etc.) ? ».

Par certificat médical LAA adressé le 21 janvier 2014 à la CNA, le Dr L._____ a indiqué que les premiers soins avaient été donnés le 3 octobre 2013. Selon les indications du patient, celui-ci avait rattrapé une pièce de carrosserie lourde avec le bras gauche et avait ressenti immédiatement une douleur au coude gauche, qui s'était aggravée par la suite. Le patient avait continué à travailler malgré la douleur, ce qui avait chronifié le processus. Il souffrait en outre de diabète mal équilibré. Le diagnostic posé était celui d'épicondylite gauche post-traumatique chronique. Le patient présentait une incapacité de travail totale à compter du 3 octobre 2013, une tentative de reprise à 50% étant prévue dès le 1^{er} février 2014.

Le cas a été soumis au Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a relevé, le 28 janvier 2014, qu'il ne s'agissait pas d'une lésion figurant sur la liste de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202).

Le 29 janvier 2014, la CNA a fait savoir à l'assuré que, selon les documents en sa possession, l'événement du 21 août 2013 n'était pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), les conditions de la prise en charge du cas comme lésion corporelle assimilée à un accident ou comme maladie professionnelle n'étant en outre pas remplies. La CNA invitait dès lors l'assuré à déclarer le cas à son assurance-maladie.

Réagissant à cet envoi le 5 février 2014, le Dr L._____ a fait part de ce qui suit à la CNA :

« Monsieur G._____, carrossier de profession, était en train de remonter un pare-choc sur une voiture lorsque celui-ci lui a glissé subitement des mains. Afin d'éviter un choc sur le sol et des dégâts

pour plusieurs centaines de francs, Monsieur G._____ a eu le réflexe de rattraper le pare-choc par un mouvement rapide qui lui a occasionné immédiatement cette douleur du coude gauche qui s'est pas la suite aggravée. Je vous relate ainsi comment l'événement s'est déroulé selon ce que Monsieur G._____ m'a décrit dès le début, même si mon patient n'a pas fait les démarches nécessaires auprès de son employeur pour une déclaration accident immédiate ».

Donnant suite à la correspondance du Dr L._____ du 5 février 2014, la CNA lui a répondu, le 14 février 2014, qu'il n'avait pas qualité pour contester le refus en tant que médecin. Cependant, la CNA l'informait s'être basée sur l'état de fait communiqué par écrit par l'assuré lui-même le 20 janvier 2014, en relevant qu'il ne s'agissait par ailleurs pas d'une lésion assimilée et qu'elle maintenait son refus.

Le 25 mars 2014, l'assuré, désormais représenté par l'avocat David Métille, a expliqué à la CNA que le modèle de pare-choc en cause était celui d'une Jeep, d'un poids d'au moins vingt kilos, et que c'était en voulant rattraper le pare-choc qu'un faux mouvement s'était produit avec son bras, qui n'était pas bien positionné pour pouvoir retenir le pare-choc. C'était dans cette position très précaire qu'il avait été amené à effectuer un brusque et inattendu mouvement de torsion de son avant-bras gauche et avait ressenti des douleurs immédiates. Il précisait avoir repris son activité professionnelle à plein temps, après un arrêt du 3 octobre 2013 au 31 janvier 2014. Selon lui, le caractère accidentel était en principe admis lors d'efforts particulièrement intenses dans le contexte d'un mauvais positionnement du corps, respectivement d'un membre. Pour lui, il y avait eu un faux mouvement lors de la réception du pare-choc, la CNA avait admis initialement le cas, sa situation se rapprochait de celle de l'arrêt du Tribunal fédéral U 399/01 du 2 décembre 2002 et son avant-bras était mal positionné ce qui avait entraîné une torsion, de sorte qu'il fallait retenir qu'il avait été victime d'un accident le 21 août 2013. Il a joint à son envoi une photographie du pare-choc d'une Jeep.

Par décision du 24 avril 2014, la CNA a refusé d'allouer ses prestations, au motif que l'on était en présence ni d'un accident, ni d'une lésion assimilée à un accident, ni d'une maladie professionnelle.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 25 avril 2014, opposition qu'il a complétée le 13 mai 2014, en reprenant les arguments qu'il avait développés le 25 mars 2014. Avec cette écriture, il a produit un rapport du 2 avril 2014 du Dr L._____ à son conseil, à la teneur suivante :

« [...] J'ai en effet effectué des radiographies du coude gauche le 17 janvier 2014 à mon cabinet. Cette radiographie ne révèle pas de lésion osseuse, notamment de fracture, ce qui n'exclut en aucun cas que l'affection dont souffre Monsieur G._____ soit les conséquences de l'événement du 21 août 2013.

La lésion observée est de type épicondylite soit une atteinte des tendons s'insérant sur une saillie osseuse du coude appelée épicondyle. Cette affection relève à mon avis des lésions des catégories E (élongation de muscle) et F (déchirure de tendon) dans ce sens que le mouvement effectué par Monsieur G._____ pour rattraper un pare-chocs qui était en train de tomber a clairement provoqué une elongation musculaire et des micro-déchirures de tendons qui ont pu tout à fait conduire à la lésion chronique constatée [...] ».

Par décision sur opposition du 28 mai 2014, la CNA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 24 avril 2014.

B. Par acte du 23 juin 2014, G._____, représenté par l'avocat David Métille, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens que l'événement du 21 août 2013 soit considéré comme un accident, respectivement une lésion assimilée à un accident, et les prestations de l'intimée allouées en conséquence, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. En substance, il reproche à l'intimée de ne pas l'avoir fait entendre par un inspecteur de sinistre, ni d'avoir effectué une reconstitution. S'agissant de la nature de la lésion diagnostiquée par le Dr L._____, soit une épicondylite, il fait valoir qu'il s'agit d'une elongation musculaire et de micro-déchirures du tendon, cette affirmation entrant en contradiction avec celle du Dr S._____. Il estime ainsi qu'en présence d'avis médicaux contradictoires, l'intimée aurait dû mettre en œuvre une expertise. Dans un autre moyen, il soutient qu'il ne s'est pas

contenté de soulever le pare-choc avec ses deux mains dans une position adéquate, mais qu'il a rattrapé celui-ci alors qu'il était en train de tomber au sol, d'une seule main et dans une position précaire, estimant que l'événement en cause doit dès lors être considéré comme accidentel. Il soutient ensuite que, si la Cour devait considérer que l'événement du 21 août 2013 ne constitue pas un accident, il faudrait retenir l'existence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, le Dr L. _____ ayant relevé qu'il avait souffert d'une élongation musculaire et de micro-déchirures du tendon. En dernier lieu, il fait valoir que la décision attaquée est intervenue postérieurement à l'entrée en force de la décision non formelle du 11 décembre 2013, estimant que, quand bien même l'intimée a émis une réserve de prise en charge le 8 janvier 2014, cela ne signifie pas encore qu'elle a reconsidéré sa décision initiale de prise en charge du 11 décembre 2013, faute pour cette dernière d'avoir été sans nul doute erronée. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert une reconstitution des faits survenus le 21 août 2013, au besoin au moyen de son audition au cours d'une audience de débats, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise visant à établir la nature des lésions en découlant. Il produit en annexe à son recours un rapport du Dr L. _____ du 10 juin 2014, dans lequel ce médecin a retranscrit les propos de son patient quant au déroulement de l'accident.

Dans sa réponse du 28 octobre 2014, la CNA conclut au rejet du recours. Elle produit un rapport de la Dresse C. _____, spécialiste en chirurgie, du 1^{er} octobre 2014, selon lequel l'épicondylite correspond à une affection de l'épicondyle, médial ou latéral, au niveau du coude, au lieu de l'origine des tendons. A cet endroit, il n'y a pas de musculature, raison pour laquelle le diagnostic d'épicondylite ne comprend pas d'élongation musculaire ni de déchirure musculaire. Pour la Dresse C. _____, les rapports du Dr L. _____ des 2 avril et 10 juin 2014 ne sont pas propres à remettre en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement du 28 janvier 2014, selon laquelle il n'existe pas de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 OLAA.

En réplique, le recourant explique que, contrairement à ce que soutient l'intimée, il n'a pas varié dans ses déclarations. Il répète qu'il appartenait à la CNA de le faire entendre personnellement par un inspecteur. Il maintient que son bras était dans une mauvaise position et que le courrier de la CNA du 8 janvier 2014 ne constitue pas un acte de révocation au sens de l'art. 53 LPGA.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. 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 auprès du tribunal des assurances compétent, qui est celui du canton de domicile de l'assuré (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si la CNA était fondée, par sa décision sur opposition du 28 mai 2014, à refuser d'allouer à l'assuré des prestations d'assurance-accidents en relation avec l'événement du 21 août 2013. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'événement en cause constitue un accident ou une lésion assimilée à un accident.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références, 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire

lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1, 121 V 35 consid. 1a, 118 V 59 consid. 2b).

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute (TF U 252/06 du 4 mai 2007 consid. 2). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 420 consid. 2b et les références). A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire, mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

b) En outre, aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

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

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

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel

l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

4. Le recourant fait en premier lieu grief à l'intimée de ne pas l'avoir fait entendre personnellement par l'un de ses inspecteurs, ni d'avoir effectué une reconstitution de l'événement du 21 août 2013.

Le recourant perd toutefois de vue que l'intimée n'est pas tenue de faire auditionner un assuré par l'un de ses inspecteurs de sinistre ni de réaliser une reconstitution. Elle a en l'occurrence envoyé un questionnaire à l'assuré, que ce dernier a complété le 20 janvier 2014, afin de connaître le déroulement précis de l'événement du 21 août 2013. En procédant de la sorte, la CNA n'a pas violé le droit.

5. Se pose la question de savoir si l'atteinte en cause tombe sous le coup de l'art. 9 al. 2 OLAA.

En l'occurrence, le recourant n'a jamais fait état, dans ses déclarations successives relatives au déroulement de l'événement du 21 août 2013, d'un choc direct sur le coude. Il ne ressort pas des pièces médicales au dossier qu'il aurait présenté à ce niveau une contusion ou un hématome. Or dans les cas où l'existence d'une épicondylite post-traumatique a été posée, les personnes avaient heurté leur coude contre un mur (cf. TF 8C_1021/2008 du 3 décembre 2009), chuté avec réception sur le coude (cf. TF U 25/07 du 23 octobre 2007), ou avaient eu l'avant-bras frappé lors d'une agression au moyen d'une latte de bois (cf. CASSO AA 5/06 - 92/2009 du 14 décembre 2009).

A cela s'ajoute que tant le Dr S._____ que la Dresse C._____ excluent que l'atteinte en cause puisse être considérée comme une lésion assimilée au sens de l'art. 9 OLAA. La Dresse C._____ observe au demeurant de manière convaincante qu'il n'y a pas de musculature au niveau de l'épicondyle, raison pour laquelle le diagnostic d'épicondylite ne comprend pas d'élongation musculaire ni de déchirure musculaire. Les explications données par le Dr L._____, par ailleurs

médecin généraliste, contrairement au Dr S._____, qui est spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la Dresse C._____, spécialiste en chirurgie, n'emportent donc pas conviction.

L'existence d'une lésion assimilée à un accident doit ainsi être niée.

6. Il convient dès lors d'examiner si l'événement du 21 août 2013 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Pour le recourant, c'est en voulant rattraper le pare-choc d'une Jeep, d'une seule main et dans une position précaire, qu'un faux mouvement s'est produit. L'intimée conteste pour sa part que se soit produit un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et surtout d'une certaine importance ou violence.

Selon la déclaration d'accident, l'assuré, en ponçant un pare-choc posé sur un chevalet, a fait un faux mouvement en voulant rattraper le pare-choc qui a glissé. Réinterpellé par la CNA sur le déroulement de l'événement du 21 août 2013, l'assuré lui a fait savoir, le 20 janvier 2014, qu'il avait fait un faux mouvement en rattrapant un pare-choc, sans qu'il se soit produit quelque chose de particulier, comme une glissade ou une chute. Il n'avait ressenti de douleurs que trois jours plus tard. Lorsque le médecin traitant de l'assuré, le Dr L._____, s'est adressé à la CNA le 21 janvier 2014, il a expliqué que, selon son patient, celui-ci avait rattrapé une pièce de carrosserie lourde avec le bras gauche et avait ressenti immédiatement une douleur au coude gauche, qui s'était aggravée par la suite. Le 5 février 2014, le Dr L._____ a ajouté que c'était lorsque le patient était en train de remonter un pare-choc sur une voiture que celui-ci lui avait glissé subitement des mains. Afin d'éviter un choc sur le sol, il avait eu le réflexe de rattraper le pare-choc dans un mouvement rapide lui ayant occasionné immédiatement une douleur au coude gauche, qui s'était aggravée par la suite. Le 25 mars 2014, l'assuré a indiqué cette fois qu'il avait voulu rattraper le pare-choc, alors que son bras n'était pas bien positionné et qu'il se trouvait dans une position très précaire, qui l'avait

amené à effectuer un mouvement brusque et inattendu de torsion de son avant-bras gauche dont il était immédiatement résulté des douleurs. En recours, l'assuré a expliqué avoir rattrapé d'une seule main, dans une position précaire, le pare-choc qui était en train de tomber.

A l'instar de l'intimée, on doit admettre que l'assuré a varié dans ses déclarations. Or il n'y a pas lieu de s'écarter de ses premières déclarations (cf. questionnaire du 20 janvier 2014 ; cf. ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3), selon lesquelles il a fait un faux mouvement en rattrapant un pare-choc, sans que le déroulement naturel de l'événement en cause ait été influencé par un élément particulier tels une chute, une glissade, un coup ou un mouvement brusque. Il ne résulte en outre pas des premières déclarations de l'assuré que celui-ci aurait rattrapé le pare-choc d'une seule main, ni que son bras aurait été mal positionné. L'assuré a ainsi fourni de façon volontaire un effort et rien n'indique une sollicitation de l'organisme plus élevée que la normale. L'assuré a au demeurant déclaré n'avoir ressenti de douleurs que trois jours après l'événement du 21 août 2013.

L'intimée était ainsi en droit de nier le caractère accidentel de l'événement du 21 août 2013.

7. Dans un dernier moyen, le recourant soutient que la CNA n'était pas fondée à révoquer sa « décision non formelle » du 11 décembre 2013, par laquelle elle indiquait qu'elle accorderait ses prestations.

La CNA a annoncé à l'employeur sa prise en charge du cas de l'assuré le 11 décembre 2013, puis lui a fait savoir le 8 janvier 2014 qu'elle révoquait sa garantie de prise en charge.

En premier lieu, on peut s'interroger sur le point de savoir si le courrier du 11 décembre 2013 auquel se réfère le recourant n'est pas qu'une simple lettre d'information, qui ne saurait avoir les effets d'une

décision formelle. Quoi qu'il en soit, du moment qu'elle n'avait encore alloué aucune prestation, l'intimée pouvait, sans devoir invoquer un motif de reconsidération ou de révision procédurale, nier son obligation de prendre en charge le cas, en alléguant le fait que l'événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'était jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

Par surabondance, même à admettre que le courrier du 11 décembre 2013 ait été une décision initiale d'octroi de prestations, la CNA l'a valablement révoquée le 8 janvier 2014, avant qu'elle ne soit entrée en force formelle, et sans que la révocation du 8 janvier 2014 ait dès lors à être soumise aux conditions de la révision ou de la reconsidération d'une décision au sens des art. 53 al. 1 et 2 LPGA, l'administration étant habilitée à revenir sans condition sur une décision qui n'est pas entrée en force formelle, c'est-à-dire lorsque le délai de recours n'est pas encore échu au moment où la décision est révoquée.

Le moyen est donc mal fondé.

8. Les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour de statuer en connaissance de cause, sans que l'audition du recourant apparaisse nécessaire, pas plus qu'une reconstitution de l'événement du 21 août 2013. La situation médicale est elle aussi claire, excluant dès lors la mise en œuvre d'une expertise (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1).

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 28 mai 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 présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille, avocat (pour G. _____),
- 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 :