

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 novembre 2015

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Thalmann et Berberat, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 43 al. 1 LPGA ; art. 6 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille en qualité de « [...]» pour le compte d'O. \_\_\_\_\_, société avec pour but les [...]. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents professionnels et non-professionnels 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 complétée le 30 septembre 2014, le 28 août 2014, dans le cadre d'un séjour professionnel en B. \_\_\_\_\_ (ci-après : B. \_\_\_\_\_), alors qu'il était occupé à soulever une grille d'accès avec trois autres personnes, l'assuré a dû faire un violent effort pour retenir ladite grille qui, plus lourde que prévu, avait basculé. Il avait alors ressenti une forte douleur au niveau de la colonne vertébrale, qui persistait depuis lors. Il n'y avait pas eu d'arrêt de travail immédiat, mais avec son employeur, l'assuré avait pris la décision de faire un contrôle sur place ; il avait alors effectué une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM), qui avait été adressée à son médecin traitant en Suisse, le DrC. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale.

Une IRM de la colonne cervico-dorso-lombaire a été réalisée le 1<sup>er</sup> octobre 2014 auprès du Centre d'imagerie [...]. Dans son rapport du 3 octobre 2014 au Dr C. \_\_\_\_\_, le radiologue U. \_\_\_\_\_ a retenu les indications suivantes : « Douleurs fortes et persistantes depuis un accident début septembre. Fracture, compression de D7 ? ». Après avoir décrit les étages cervical, dorsal et lombaire, le Dr U. \_\_\_\_\_ a posé les conclusions suivantes :

« Canal cervical dégénératif et rétréci de C3 à C7.  
Rétrécissement foraminaux par débord disco-ostéophytaires C6 droit et C7 gauche.  
Pas de signe de myélopathie.  
Aspect cunéiforme des vertèbres dorsales moyennes sur hypercyphose dorsale.  
Pas de signe de tassement.  
Petites hernies discales sous-ligamentaires L3-L4 et L4-L5 sur discopathies protrusives.  
Spondylarthrose étagée.

Désalignement des apophyses épineuses avec solution de continuité de C7 à D1 évoquant d'anciennes fractures. »

Dans son rapport à la CNA du 23 octobre 2014, le Dr C. \_\_\_\_\_ a expliqué avoir prodigué les premiers soins le 29 septembre 2014, mais avoir eu au préalable un contact téléphonique avec son patient alors qu'il se trouvait en I. \_\_\_\_\_. Il a posé le diagnostic de contusion musculaire et ligamentaire sur dégénération cervicale composée et a prescrit un arrêt de travail du 29 septembre au 23 octobre 2014, avec reprise à 100% le 24 octobre 2014.

Le 28 octobre 2014, la CNA a informé l'assuré que selon les documents en sa possession, il n'y avait pas eu d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, lui recommandant dès lors d'annoncer le cas à son assurance-maladie.

Réagissant à cet envoi le 10 novembre 2014, l'assuré a fait savoir à la CNA qu'après l'événement du 28 août 2014, il lui avait été pratiquement impossible de travailler. Il avait toutefois supporté les douleurs avec les médicaments, et finalement appelé son médecin en Suisse le 5 septembre 2014 pour avoir un conseil. Ce dernier lui avait alors recommandé d'aller faire des radiographies de la colonne vertébrale sans attendre. Il avait finalement passé une IRM le 13 septembre 2014 et avait fait transmettre les documents y relatifs à son médecin en Suisse. A réception de ceux-ci, son médecin lui avait conseillé de rentrer au plus vite pour faire des examens complémentaires. Il n'avait toutefois pu voyager que le 26 septembre 2014 et voir le médecin le 29 septembre 2014. Dans la mesure où il présentait toujours de fortes douleurs, il avait été mis à l'arrêt à 100% dès cette date. L'assuré a encore expliqué qu'il se sentait très bien avant l'accident (sic), qu'il venait de passer 6 mois au B. \_\_\_\_\_, et avait subi un contrôle médical avant son départ dans ce pays, dans la mesure où il avait eu besoin d'un certificat médical attestant son aptitude à travailler. A ses yeux, l'événement du 28 août 2014 constituait manifestement un accident. Il précisait être à nouveau apte à travailler à 100%, mais demandait que la CNA réexamine le cas et le considère comme un accident.

Par décision du 28 novembre 2014, la CNA a refusé d'allouer ses prestations, en estimant qu'il ressortait de la comparaison des conditions requises pour l'octroi de prestations par rapport aux faits et aux constatations médicales qu'il ne s'agissait ni d'un accident ni d'une lésion assimilée à un accident.

Le 18 décembre 2014, l'assuré, par le biais de Cap Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a formé opposition à cette décision. Complétant son opposition le 26 janvier 2015, il a fait valoir qu'alors qu'il tentait, avec trois autres personnes, de soulever une grille lourde, l'un des opérateurs avait lâché la grille, de sorte que celle-ci avait basculé pour tomber dans le puits qu'elle recouvrait, profond d'environ 10 mètres. Afin de retenir la grille pour empêcher sa chute, et éviter d'être lui-même emporté par le poids de celle-ci, l'assuré avait alors dû fournir un effort soudain et violent et avait immédiatement ressenti une douleur aiguë dans le dos. Après avoir passé une IRM au B.\_\_\_\_\_, il s'était rendu en Suisse à la demande de son médecin-traitant pour passer des examens complémentaires, qui avaient conduit le Dr C.\_\_\_\_\_ à diagnostiquer des contusions musculaires et ligamentaires et retenir une incapacité de travail totale du 29 septembre au 24 octobre 2014. Il a pour le surplus exposé que les conditions devant conduire à retenir l'existence d'un accident, respectivement d'une lésion assimilée à un accident, étaient réalisées, si bien que la CNA devait prendre le cas en charge. Subsidiairement, il a demandé que son dossier soit complété « sur l'existence d'un facteur extérieur et sur l'existence d'une lésion assimilée ». Avec son opposition, il a produit un rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2015, qui y a diagnostiqué des contusions musculaires cervicales et thoraco-lombaires suite à un accident (sic), avec évolution favorable et reprise du travail le 24 octobre 2014. Il a également transmis le rapport d'IRM du rachis cervical du 15 septembre 2014 du Dr A.\_\_\_\_\_, radiologue auprès de P.\_\_\_\_\_, selon lequel il présentait une unco cervicarthrose avec réduction du foramen C5-C6 droit et un conflit ostéoradiculaire. L'assuré a encore produit une coupe de l'usine où se situait la grille, et des photos de celle-ci, avec la précision qu'elle était sur

un puits d'environ 10 mètres, et pesait plus de 150 kilos. Etait enfin joint un rapport du 26 janvier 2015 (peu lisible) du Dr C. \_\_\_\_\_ en réponse au représentant de sa protection juridique, selon lequel les contusions diagnostiquées devaient être comprises comme des « élongations ».

La CNA a soumis le cas de l'assuré au Dr W. \_\_\_\_\_, médecin-conseil, qui a retenu ce qui suit sous la rubrique « appréciation » de son rapport du 25 mars 2015 :

« Il s'agit donc d'un assuré de [...] ans, qui à l'occasion d'un séjour au B. \_\_\_\_\_ pour le compte de son employeur, fournit un effort pour retenir une grille lourde et ressent des douleurs aiguës dans le dos.

Du point de vue radiologique, si l'on se réfère à l'IRM du 03.10.2014, l'ensemble des lésions mises en évidence au niveau cervical, thoracique et lombaire, correspond à des pathologies strictement dégénératives, ou anciennes comme une solution de continuité de C7 et D1 évoquant d'anciennes fractures.

En d'autres termes, aucune lésion structurelle ne peut être imputée à l'événement qui nous concerne.

S'agissant de l'examen clinique, nous nous référons au rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 23.10.2014. Sous constatations objectives, notre confrère mentionne la présence de « spasme musculaire ». Or, cette constatation correspond médicalement à une contracture de la musculature parfois dénommée myogélose.

Dans ce contexte, le diagnostic d'étirement musculaire évoqué par notre confrère, comme par le représentant légal du patient, ne correspond pas aux constatations objectives.

Finalement, si l'on se réfère au déroulement de l'événement tel que décrit tant par le patient que par son représentant légal dans leur courrier d'opposition, le patient a manifestement fourni un effort pour retenir la grille ce qui dans les faits correspond à un recrutement de la musculature paravertébrale sous forme d'une contraction importante conduisant à l'apparition de douleurs. En présence de lésions dégénératives préexistantes, il n'est donc pas étonnant que la musculature des régions cervico-dorsolombaires reste contractée sous forme de « spasme », tel que l'a contesté le Dr C. \_\_\_\_\_.

En conclusion, sur la base de ce qui précède, nous estimons que le diagnostic d'étirement musculaire ou ligamentaire ne correspond dans le cas particulier de ce patient ni à la réalité clinique, ni aux investigations radiologiques. De plus, celles-ci n'ont montré aucune déchirure musculaire des régions cervico-thoraco-lombaires de la musculature paravertébrale. »

Par décision sur opposition du 31 mars 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a retenu que dans la mesure où l'intéressé ne se prévalait pas de circonstances particulières telles qu'une chute ou un

coup, et ne présentait que des pathologies rachidiennes d'étiologie dégénérative ou anciennes, il y avait lieu de nier l'existence d'un accident au sens juridique du terme. Elle a également nié l'existence d'une lésion assimilée à un accident sous forme d'élongation du muscle, en se référant à l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_.

**B.** Par acte du 12 mai 2015, X.\_\_\_\_\_, toujours représenté par son assurance de protection juridique, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de la prise en charge des suites de l'événement du 28 août 2014. En substance, il fait valoir qu'il a dû effectuer un violent effort pour retenir la grille qui avait basculé. Il précise qu'il avait mis au point une procédure de soulèvement de la grille, par quatre personnes dont lui-même, qui devaient la lever au moyen d'une corde. Or un des intervenants avait lâché la corde, ce qui l'avait contraint à effectuer un mouvement violent et imprévu. L'événement du 28 août 2014 constitue donc selon lui un accident. Le recourant expose ensuite que son médecin, le Dr C.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic d'étirement musculaire et expliqué que c'était en raison de la mauvaise qualité des examens radiologiques effectués en I.\_\_\_\_\_ que les lésions n'étaient pas visibles sur l'IRM du mois de septembre 2014. En outre, au moment de l'IRM effectuée un mois plus tard, les lésions visibles avaient déjà disparu en raison de l'écoulement du temps. Aux yeux du recourant, il existe donc une élongation musculaire, soit une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 OLAA, qui doit également conduire à la prise en charge du cas par l'intimée. Avec son recours, l'assuré a produit des pièces figurant déjà au dossier, savoir notamment le dossier de reconstitution de l'événement en cause. Il a en outre produit un rapport du 24 avril 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin a confirmé le diagnostic d'étirement musculaire. Ce praticien a également indiqué qu'un traumatisme musculaire se guérit et ne peut pas se voir après cinq semaines sur une IRM, précisant que l'IRM effectuée en I.\_\_\_\_\_ était de qualité insuffisante. Pour le Dr C.\_\_\_\_\_, la connaissance du patient, le caractère des douleurs, et l'évolution favorable parlaient clairement en faveur d'un

traumatisme musculaire de type étirement, « spécialement en perspective de l'accident subi par le patient ».

Dans sa réponse du 22 juillet 2015, la CNA a conclu au rejet du recours. En premier lieu, elle estime qu'à défaut d'élément extérieur extraordinaire, c'est à bon droit qu'elle a nié l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. En second lieu, elle se réfère à l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 25 mars 2015 pour ne retenir aucune lésion assimilée. Elle joint encore une appréciation orthopédique du 10 juillet 2015 Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de sa division médicale des assurances à Lucerne, selon lequel le recourant a présenté une contracture musculaire aiguë au niveau du plan dorsal, mais pas une élongation ou une déchirure musculaire, en déduisant que c'est à juste titre qu'elle a nié l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

Dans son rapport du 10 juillet 2015, le Dr N. \_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

« [...] Sur [la] base du descriptif de l'événement déclaré comme sinistre du 28 août 2014, on ne saurait d'emblée exclure une atteinte musculaire, puisqu'aussi bien M. X. \_\_\_\_\_ a référé avoir effectué un effort important. Au niveau rachidien toutefois, les déchirures musculaires sont exceptionnelles, tandis qu'on note extrêmement fréquemment des spasmes ou contractures réflexes. A noter que ces contractures peuvent être d'une importance telle que dans certains cas d'effort surhumain de soulèvement, on peut noter ensuite des fractures des corps vertébraux ; il est retenu d'un point de vue biomécanique que ces fractures sont autant provoquées par la charge excessive que par la contracture réflexe marquée de la musculature vertébrale. Puisqu'une lésion musculaire de type élongation ou déchirure ne saurait être d'emblée exclue chez M. X. \_\_\_\_\_ en considération de l'événement déclencheur de ses troubles rachidiens, il s'agit d'évaluer, sur [la] base des autres éléments à disposition, s'il y a lieu de retenir une probable élongation ou déchirure musculaire ou plutôt, comme c'est classiquement le cas au niveau du rachis, une importante contracture réflexe de la musculature vertébrale.

On commencera par signaler qu'en cas de lumbago, c'est-à-dire en cas de douleurs lombaire aiguë avec blocage, on retrouve cliniquement une diminution du mouvement liée à une contracture musculaire, classiquement diffuse, mais souvent asymétrique (un côté plutôt que l'autre).

A l'imagerie IRM, comme lors de crampes, on ne retrouve pas d'altération de signal ou d'autres signes en rapport avec cette

contracture musculaire. Au niveau rachidien, tout au plus pourra-t-on constater sur les radiographies standards une déviation de la colonne (= attitude scoliotique, à ne pas confondre avec une scoliose structurale où on a en plus de la déviation rachidienne une rotation intervertébrale) en conséquence du spasme musculaire asymétrique.

Chez M. X. \_\_\_\_\_, il existe clairement plus d'arguments pour considérer que l'on se trouve dans une situation de contracture musculaire diffuse plutôt qu'en présence d'une élévation musculaire, c'est-à-dire une lésion focale d'un muscle type déchirure microscopique ou macroscopique.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de contusions musculaires et ligamentaires, puis d'étirement avec déchirure musculaire microscopique. Il a également référé cliniquement lors du premier examen la présence d'un spasme musculaire.

Sans s'attarder sur la différence entre le diagnostic initial et celui final, différence qui tient sans doute plus à des aspects lexicologiques ou terminologiques qu'à un changement vrai de diagnostic, on se retrouve donc dans une situation où il est retenu par le médecin traitant une lésion musculaire traumatique type élévation stade I, tandis qu'il a été estimé au niveau du service médical de la Suva que M. X. \_\_\_\_\_ avait présenté une simple contracture musculaire.

Si je retiens que le Dr C. \_\_\_\_\_ parle d'une lésion musculaire de stade I, c'est qu'il le dit lui-même, en évoquant des déchirures microscopiques, mais également parce que, comme il le reconnaît également, à cinq semaines de l'événement déclaré, un examen extrêmement sensible comme l'IRM n'a pas mis en évidence de lésion musculaire évocatrice d'une atteinte traumatique récente. Même pour une lésion de stade I, il n'était à vrai dire pas impossible d'en voir les séquelles à cinq semaines, mais on ne peut dans le même temps pas non plus exclure que des atteintes structurales microscopiques ne soient plus visibles après ce temps. On nuancera toutefois ce propos en rappelant que sur le premier examen IRM, effectué environ deux semaines après l'événement déclaré, il n'était référé aucune lésion musculaire.

Sur [la] base de l'imagerie, on peut donc retenir avec haute probabilité l'absence de lésion musculaire traumatique de type II ou III, tandis qu'on ne saurait exclure avec certitude une lésion de stade I, étant encore une fois clair qu'un étirement musculaire bénin n'a pas forcément de traduction visible, même à l'IRM.

Les examens complémentaires ont mis en évidence uniquement des pathologies dégénératives, à vrai dire assez modérées en considération de l'âge de l'assuré, et n'ont mis en évidence aucune lésion qui puisse être attribuée à un traumatisme récent. A propos des fractures anciennes référées au niveau des apophyses épineuses de C7 à Th1, on signalera au passage que de telles lésions sont des fractures de fatigue (ou de stress) typiques, se retrouvant particulièrement chez les personnes effectuant d'importants efforts avec les membres supérieurs. Ces fractures de stress des apophyses épineuses sont également appelées la « maladie du terrassier ».

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a écrit qu'il basait son diagnostic sur [la] base des éléments anamnestiques et de l'évolution. Si l'anamnèse et la

clinique orientent toujours le diagnostic, ces seuls instruments peuvent apparaître insuffisants pour différencier un « léger claquage musculaire » d'un spasme ou d'une contracture, ceci d'autant plus que conformément à ce que j'ai expliqué plus haut, parce qu'une élongation ou un spasme musculaire peuvent se retrouver de manière concomitante. Ce qui peut aider à orienter le diagnostic est par exemple la localisation du trouble, respectivement l'inspection et la palpation lors de l'examen clinique.

Lors d'une lésion musculaire par effort, de même que le muscle s'abîmera au point où il est le plus fragile, de même dans un groupe musculaire sollicité, c'est le muscle le moins résistant ou soumis à la plus forte contrainte qui va se léser. En d'autres termes, lors d'un traumatisme musculaire sur effort, on retrouve une atteinte localisée (un muscle, une partie de celui-ci). En cas de spasme musculaire, on a en revanche le plus souvent un recrutement de plusieurs muscles, respectivement de tous les muscles autour de la structure considérée « à protéger » au travers de cette contracture musculaire.

Chez M. X. \_\_\_\_\_ on n'a pas (pour des raisons logistiques bien évidentes) d'informations cliniques valables relativement à la phase aiguë, respectivement immédiatement après l'événement déclaré du 28 août 2014. A l'anamnèse, on peine à mettre en évidence des éléments parlant pour une atteinte musculaire locale, puisque l'assuré réfère des douleurs à la colonne vertébrale. A la lecture des rapports du médecin traitant, on éprouve également des difficultés à comprendre exactement où se situaient les douleurs, puisqu'aussi bien une IRM cervico-dorso-lombaire a été demandée et qu'il est parlé de douleurs thoracolombaires ou de contusions de la musculature cervicale et thoracolombaire.

La présence de douleurs apparemment diffuses parle clairement pour un problème de contracture type lumbago (colonne lombaire) ou torticolis (au niveau cervical) et n'évoque ainsi pas une atteinte musculaire localisée de type traumatique.

Parce que des élancements ou des déchirures musculaires sont exceptionnelles au niveau du rachis, parce que les examens complémentaires n'ont rien mis en évidence, parce que les éléments anamnestiques et cliniques ne parlaient pas pour une atteinte musculaire localisée, il n'y a pas lieu de considérer chez M. X. \_\_\_\_\_ une lésion musculaire type élancement ou déchirure dans les suites de l'événement déclaré du 28 août 2014.

Dans le même temps, il existe des éléments suffisants pour retenir que M. X. \_\_\_\_\_ a présenté une contracture musculaire aiguë, telle qu'on peut les rencontrer dans les pathologies comme le lumbago ou le torticolis, lesquelles pathologies peuvent survenir à la suite d'un effort, mais également et comme chacun le sait, de manière spontanée.

### **Conclusions**

La documentation médicale versée au dossier après évaluation du cas par le service médical de la Suva n'apporte pas d'éléments susceptibles de remettre en question la validité des conclusions médicales émises précédemment.

Selon les critères de vraisemblance prépondérante, M. X. \_\_\_\_\_ a présenté en conséquence de l'événement déclaré du 28 août 2014 une contracture musculaire aiguë au niveau du plan dorsal.

Il n'existe pas d'éléments probants pour corroborer un diagnostic d'élongation ou de déchirure musculaire en conséquence de l'événement précité ».

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment de son dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (cf. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions légales (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).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 28 août 2014. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'événement en cause constitue un accident ou une lésion assimilée à un accident et, le cas échéant, s'il existe un lien de causalité entre celui-ci et l'atteinte au dos dont se plaint l'intéressé.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG). 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 (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

**aa)** L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C\_995/2010 du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2). Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Jean-Maurice Frésard/ Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le

facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues (cf. ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 71 p. 860). Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et 121 V 35 consid. 1a avec les références citées).

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

**bb)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette

exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 79 p. 865).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss consid. 3b ; TF 8C\_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C\_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 in : SVR 2011 UV n° 4 p. 12 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 avec les références citées et 8C\_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865).

Le droit à des prestations découlant d'un accident requiert au surplus un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b)** L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

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

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause

extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 4, 123 V 43 ; cf. TF 8C\_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1, 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 ; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; TF 8C\_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4 et les références).

**d)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la

cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 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).

**4. a)** En premier lieu, il sied de constater que la lésion alléguée ne peut pas, en tant que telle, être assimilée à un accident au sens l'art. 9 al. 2 OLAA.

Selon le recourant, il aurait présenté une « élongation musculaire » dans les suites de l'événement du 28 août 2014, laquelle serait donc une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. e OLAA. Or le rapport d'IRM du 3 octobre 2014 ne mentionne aucune élongation musculaire, pas plus qu'un déchirement, mais uniquement des lésions anciennes ou dégénératives. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a lui aussi constaté des atteintes de nature uniquement dégénérative, et non traumatique, dans son rapport d'IRM du rachis cervical du 15 septembre 2014, savoir une unco cervicarthrose avec réduction du foramen C5-C6 droit ainsi qu'un conflit ostéoradiculaire. A cela s'ajoute que le Dr C. \_\_\_\_\_ a initialement diagnostiqué une « contusion » musculaire et ligamentaire sur dégénération cervicale (rapport du 23 octobre 2014 à la CNA), ce qu'il a répété dans son rapport du 7 janvier 2015, en faisant état de « contusions musculaires cervicales et thoraco-lombaires ». Ce n'est qu'à la suite de l'interpellation du représentant de l'assuré que le médecin traitant a finalement précisé que les contusions diagnostiquées devaient être comprises comme des élongations (cf. rapport non daté produit à l'appui du complément d'opposition de l'assuré du 26 janvier 2015), confirmant dans son rapport du 24 avril 2015 que le diagnostic à retenir était celui d'étirement musculaire.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic d'élongation, respectivement d'étirement musculaire, retenu par le médecin traitant ne peut être confirmé : comme l'ont relevé de façon détaillée et pertinente les médecins d'arrondissement de la CNA, le diagnostic d'étirement musculaire ne correspond pas aux constatations objectives, pas plus qu'à la réalité clinique et aux investigations radiologiques. Il apparaît bien plutôt qu'en fournissant un effort pour retenir la grille, l'assuré a contracté sa musculature paravertébrale, ce qui a conduit à l'apparition de douleurs (cf. appréciation du Dr W. \_\_\_\_\_ du 25 mars 2015). Le Dr C. \_\_\_\_\_ admet au demeurant lui-même l'absence de traumatisme musculaire perceptible sur l'IRM effectuée le 1<sup>er</sup> octobre 2014 (cf. rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 24 avril 2015). Le médecin traitant fonde son constat de traumatisme musculaire de type étirement sur « la connaissance du patient, le caractère des douleurs et l'évolution favorable ». Or le Dr N. \_\_\_\_\_ a expliqué de manière exhaustive et complète que les déchirures musculaires au niveau rachidien sont exceptionnelles, contrairement aux spasmes ou contractures réflexes qui sont fréquents. Il a en outre constaté sur la base de l'imagerie que l'on pouvait retenir avec haute probabilité l'absence de lésion musculaire traumatique de type II ou III. Les examens complémentaires n'avaient par ailleurs mis en évidence que des pathologies dégénératives. Quant aux observations du Dr C. \_\_\_\_\_ fondées sur la connaissance du patient, ses douleurs et leur évolution, le Dr N. \_\_\_\_\_ a relevé que si l'anamnèse et la clinique orientent certes toujours le diagnostic, ces seuls instruments peuvent apparaître insuffisants pour différencier un léger claquage musculaire d'un spasme ou d'une contracture. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a ajouté que lors d'une lésion musculaire par effort, on retrouve une atteinte localisée, contrairement au cas du spasme musculaire. Or dans le cas de l'assuré, il n'y avait pas d'informations cliniques valables ; on peinait en outre à mettre en évidence des éléments parlant pour une atteinte musculaire locale à l'anamnèse, l'assuré se référant à des douleurs « à la colonne vertébrale ». Les rapports du médecin traitant ne permettaient pas non plus de comprendre exactement où se situaient les douleurs. Pour le Dr N. \_\_\_\_\_, la présence de douleurs diffuses parle dès lors clairement pour un problème de contracture (type lumbago ou torticolis) et non pas pour

une atteinte musculaire localisée de type traumatique. Il a ainsi conclu que compte tenu du caractère exceptionnel des élongations ou des déchirures au niveau du rachis, vu l'absence d'éléments mis en évidence par les examens complémentaires, et dans la mesure où les éléments anamnestiques et cliniques ne parlent pas en faveur d'une atteinte musculaire localisée, une lésion musculaire de type élongation ou déchirure dans les suites de l'événement du 28 août 2014 pouvait être exclue.

Dans ces circonstances, on retiendra, au stade de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré n'a pas présenté dans les suites de l'événement du 28 août 2014 une déchirure ou une élongation de muscles, mais tout au plus une contracture musculaire aiguë. Or une telle atteinte ne figure pas au nombre des affections énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, dont la liste est exhaustive (cf. ATF 116 V 145), et ne peut dès lors pas être assimilée à un accident.

**b)** Il convient dès lors d'examiner si l'événement du 28 août 2014 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Pour le recourant, il s'est blessé en retenant une grille dont il estime le poids à 150 kilos, qui a basculé. L'intimée conteste pour sa part tout caractère extérieur extraordinaire à l'événement.

Aux termes de la déclaration de sinistre du 30 septembre 2014, le recourant a expliqué qu'alors qu'il était occupé à soulever une grille d'accès avec trois autres personnes, celle-ci, plus lourde que prévu, avait basculé. Il avait alors dû fournir un effort violent pour la retenir et avait ressenti une forte douleur au niveau de la colonne vertébrale. Dans son complément d'opposition du 26 janvier 2015, il a précisé qu'il tenait la grille avec trois autres personnes lorsque l'une d'elles l'avait lâchée ; il avait alors retenu la grille, dont il estimait le poids à 150 kilos, pour éviter sa chute au fond d'un puits de dix mètres de profondeur. A cette occasion, il avait fourni un effort soudain et violent et avait immédiatement ressenti une douleur aiguë dans le dos.

L'assuré a fait état d'une douleur immédiate dans toutes ses déclarations, laquelle était apparue lorsqu'il avait retenu la grille, dont il a estimé le poids à 150 kilos.

Selon la description de l'événement dommageable, il y a lieu d'admettre un mouvement « non programmé » au sens dégagé par la jurisprudence eu égard au mouvement désordonné, involontaire, exercé par le recourant, à l'instar par exemple d'un mouvement effectué par réflexe (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1). Il appert en effet que le déroulement naturel a été influencé par un élément extraordinaire particulier et imprévisible, savoir la bascule de la grille, qui a entraîné un mouvement incontrôlé. Nonobstant le fait que le recourant a ressenti une douleur immédiatement, il n'en reste pas moins que dans le cas particulier, surpris par le fait que la grille a basculé, il s'est vu contraint de fournir de façon involontaire et improvisée un effort sur lequel il n'avait pas de maîtrise. Le mouvement réflexe non coordonné a ainsi consisté en un « faux mouvement » pour retenir la grille de 150 kilos. De telles circonstances excèdent à l'évidence le cadre habituel de l'activité du recourant. Il se justifie dès lors d'admettre la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire et, partant, d'un événement accidentel.

Par conséquent, il y a lieu d'admettre que la condition du facteur extérieur extraordinaire est remplie en l'occurrence et que l'événement du 28 août 2014 doit être considéré comme un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

S'agissant du lien de causalité entre l'événement accidentel et les douleurs alléguées au niveau du dos par le recourant, il ressort des pièces au dossier que l'instruction médicale de l'intimée a porté très principalement, sinon exclusivement, sur la question de savoir si le recourant pouvait, ou non, avoir présenté une élongation ou une déchirure musculaire dans les suites de l'événement accidentel du 28 août 2014. Il est toutefois établi que le recourant a présenté une contracture musculaire aiguë à la suite dudit accident (cf. avis du Dr N. \_\_\_\_\_) ; il ressort également des indications données par le Dr C. \_\_\_\_\_ que son

patient a pu reprendre son activité à plein temps le 24 octobre 2014 (cf. rapport à la CNA du 23 octobre 2014). Le *statu quo sine* apparaît dès lors atteint dès cette date. Toutefois, en l'absence d'investigations plus complètes sur cette question, le dossier de la cause est retourné à la CNA, afin qu'elle détermine la date à laquelle le *statu quo sine vel ante* est rétabli.

**5. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que la caisse intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 28 août 2014, la cause lui étant retournée afin qu'elle détermine la date à laquelle le *statu quo sine vel ante* a été rétabli.

**b)** La procédure étant gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD). Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a le droit à des dépens dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 al. 2 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'200 fr., à la charge de l'intimée qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 31 mars 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que celle-ci est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 28 août

2014, la cause lui étant retournée afin qu'elle détermine la date à laquelle le *statu quo sine vel ante* a été rétabli.

**III.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à X. \_\_\_\_\_ la somme de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

**IV.** Il est statué sans frais.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office 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 :