

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 avril 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Pasche et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6 LAA ; art. 9 al. 1 et 2 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], a signé un contrat de travail avec la société « T.\_\_\_\_\_ » (ci-après : la société T.\_\_\_\_\_) débutant le 1<sup>er</sup> octobre 2005. Aux termes de ce contrat, l'assuré était engagé en qualité de boulanger-pâtissier à plein temps pour une durée indéterminée. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Il ressort du dossier de l'assurance perte de gain maladie de la société T.\_\_\_\_\_, à savoir S.\_\_\_\_\_, organisation de santé (ci-après : S.\_\_\_\_\_), notamment du formulaire « Annonce IJM [indemnités journalières maladie] RHM » du 11 mai 2010, que l'assuré avait été mis en incapacité de travail totale dès le 19 février 2010 par son médecin traitant le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au [...], sis à [...].

L'assuré s'est entretenu, par téléphone et individuellement, avec un collaborateur de S.\_\_\_\_\_, notamment le 14 mai, le 15 juin et le 6 octobre 2010 dans le but de maintenir S.\_\_\_\_\_ informée de l'évolution de son état de santé.

Lors d'un entretien du 2 février 2011, qui s'est déroulé à [...] au sein de la société T.\_\_\_\_\_, entre l'assuré, son chef direct à la société T.\_\_\_\_\_, un collaborateur de l'OAI et un collaborateur de S.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré était en incapacité de travail dès le 19 février 2010 avec des reprises qui avaient toutes échoué, qu'il avait retrouvé une capacité de travail à 20 % du 19 juillet 2010 au 16 janvier 2011 et que dès le 17 janvier 2011, il était à nouveau totalement incapable de travailler.

Le 18 mars 2011, S.\_\_\_\_\_ a mandaté le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et le 21 mars

2011, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin qu'ils réalisent des expertises médicales.

Par courrier du 22 mars 2011, le Dr O.\_\_\_\_\_ a dès lors transmis au R.\_\_\_\_\_ ainsi qu'à la Dresse V.\_\_\_\_\_ une copie des éléments essentiels pouvant leur donner une idée de la situation de l'assuré et les a informés que l'assuré devait manifestement présenter un état dépressif plus ou moins sous-jacent, qu'il était passablement désafférenté de toute vie sociale et qu'il passait le plus clair de son temps devant son écran d'ordinateur. Il a précisé qu'il avait adressé l'assuré à Mme F.\_\_\_\_\_, psychologue au [...].

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 24 mai 2011. Son expertise rhumatologique du 30 mai 2011 est basée notamment sur le rapport du 24 novembre 2009 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, le rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 1<sup>er</sup> juin 2010, les rapports du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie à [...]), des 7 juillet, 19 octobre et 9 novembre 2010 ainsi que le rapport médical non daté du Dr O.\_\_\_\_\_ adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Il ressort de cette expertise notamment ce qui suit :

« **Anamnèse actuelle**

(...) D'après le dossier d'instruction, l'assuré avait été évalué le 24 novembre 2009 par le Dr B.\_\_\_\_\_, neurologue FMH à [...], spécialiste qui a indiqué dans son rapport de consultation du même jour, « une discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien sans menace fonctionnelle ». L'assuré avait été adressé chez ce neurologue en raison de « douleurs de l'épaule droite et des deux poignets accompagnés d'une sensation de manque de force avec des paresthésies distales plus prononcées à droite ». L'assuré déclare avoir reçu suite à cette consultation, un traitement conservateur au moyen d'attelles, et il n'aurait pas eu d'opérations au niveau des canaux carpiens et ainsi c'est uniquement en raison d'une problématique de lombalgies qu'il a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 % depuis le mois de février 2010. En raison de ses douleurs, l'assuré a subi une IRM lombaire le 1<sup>er</sup> juin 2010 à la [...], examen révélant « des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec dessiccations discales parallèlement à un petit débordement discal paramédian gauche D11-D12, sans conflit radiculaire ». Compte tenu de l'absence d'amélioration sous traitement de médecine manuelle réalisé par le Dr O.\_\_\_\_\_, son médecin traitant généraliste à [...], y compris

après la prescription d'AINS et de séances de physiothérapie, l'assuré a été adressé au Dr G. \_\_\_\_\_, à [...] sis à [...]. D'après son rapport de consultation du 7 juillet 2010, ce confrère rhumatologue a retenu un diagnostic de « lombalgies chroniques non spécifiques persistantes survenant dans le cadre de troubles statiques et de discrets troubles dégénératifs rachidiens avec une probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse ». L'assuré lui avait reporté « réaliser une activité physique avec des gestes répétitifs, des mouvements en zone basse, moyenne et haute, des bras de levier importants et des charges unitaires allant de 30 à 35 kg ». L'assuré a aussi relaté une « sensation de déchirure brutale lombaire basse apparue fin février 2010, suite à un mouvement de flexion antérieure avec charges » en dépit d'un traitement de médecine manuelle, l'assuré a présenté ainsi des récurrences conduisant à un arrêt de travail complet depuis le 19 mai 2010. Il a mentionné des « lombalgies médianes basses posturales statiques et dynamiques, limitant le périmètre de marche... ». L'examen clinique du Dr G. \_\_\_\_\_ a objectivé en somme, un important déconditionnement physique avec un IMC de 33,7 kg, des dysbalances musculaires et une hypo-extensibilité de la musculature posturale, mais il n'y avait pas de syndrome lombo-vertébral notable hormis une raideur segmentaire diffuse, une distance doigts-sol qui était à 5 cm sans contractures. Il n'a pas été fait mention d'un examen neurologique dans son rapport. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a suggéré à l'assuré de se soumettre à un programme de physiothérapie intensif, que l'assuré a ensuite commencé le 27 septembre 2010, mais deux jours après avoir débuté ce programme, l'assuré a fait une chute accidentelle lors de la pratique de la physiothérapie et son programme de rééducation a dû être interrompu. Dans le dernier rapport de consultation du Dr G. \_\_\_\_\_ daté du 9 novembre 2010, ce spécialiste a rapporté la persistance de « lombopygalgies » avec un diagnostic de « syndrome de déconditionnement » et selon lui « en dehors des activités de la vie quotidienne ou d'une activité sédentaire, il est difficile d'imaginer qu'il puisse répondre de façon efficace aux contraintes élevées d'une économie de marché ». Il a estimé que son état actuel correspondait à une « activité sédentaire occupationnelle de type travail de bureau ». L'assuré n'aurait plus été revu par le Dr G. \_\_\_\_\_ depuis novembre 2010 (selon les dires de l'assuré), et l'arrêt de travail a été perpétué et une demande d'AI (mesures professionnelles) a été déposée vraisemblablement en automne 2010 (le rapport médical n'est malheureusement pas daté), et il était indiqué sur ce rapport rédigé par le Dr O. \_\_\_\_\_, un diagnostic de « lombalgies chroniques aspécifiques, un traitement de physiothérapie et d'antalgiques » et selon ce confrère, il n'y avait « pas de restriction mentale », mais des douleurs lombaires représentant « une entrave à son activité professionnelle ». Il a indiqué que « la station debout prolongée était douloureuse de même que le port de charges inhérent à son travail ». Le Dr O. \_\_\_\_\_ a annoncé qu'il était probable que le patient avait un potentiel d'amélioration vue [au vu] de « l'absence de lésion somatique radiologique majeure ». Il a proposé que l'AI discute avec l'assuré d'une éventuelle réinsertion professionnelle.

Dans un dernier courrier du Dr O. \_\_\_\_\_ daté du 22 mars 2011 adressé à l'expert, ce confrère a indiqué qu'il avait pu « initier une approche psychologique » chez ce patient qui manifestement devait présenter « un état dépressif plus ou moins sous-jacent chez un patient désaffaibli de toute vie sociale passant le plus clair de son

temps devant son écran d'ordinateur... ». Il a indiqué un suivi auprès de Mme F.\_\_\_\_\_, psychologue à [...] parallèlement à un traitement antidépresseur sous forme de Paroxetine ».

Dans l'expertise, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de « lombalgies chroniques aspécifiques (discopathies L4-L5 et L5-S1 et anomalie transitionnelle lombo-sacrée L5-S1) et obésité de classe II ». A cet égard, l'expert a relevé que l'assuré présentait une importante « obésité à prédominance abdominale, un syndrome lombo-vertébral survenant dans le contexte de troubles statiques avec une diminution de la lordose cervicale et de la cyphose dorsale et des discopathies modérées L4-L5 et L5-S1 surtout caractérisées par une dessiccation discale ». Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de boulanger était nulle, compte tenu du cahier des charges inhérent à cette activité (port et soulèvement de charges conséquentes surtout en position de porte-à-faux), mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques (pas de port et soulèvement de charges de plus 15 kg, pas de position en porte-à-faux avec le buste et nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout toutes les trente minutes), sa capacité de travail était complète depuis le mois de novembre 2010.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 15 juin 2011, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a noté que l'assuré s'était plaint de lombalgies s'aggravant lors de positions vicieuses ou d'efforts physiques et qu'il était en incapacité de travail totale dès le 19 février 2010 avec des tentatives de reprise à temps partiel, mais sans succès, et en arrêt définitif dès le 17 janvier 2011 en raison de ses douleurs. Sur le plan psychiatrique, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré n'avait aucun antécédent d'atteinte psychiatrique. Elle a mis en évidence qu'il n'y avait pas de signe dépressif au sens des classifications internationales et qu'une reprise d'activité professionnelle serait justement favorable à la tendance au repli social secondaire. Il n'y avait dès lors pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

**B.** Dans l'intervalle, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 2 août 2010 en faisant état de lombalgies existantes depuis le mois de février 2010 à la suite d'un accident sur son lieu de travail. Par décision du 14 janvier 2015, l'OAI a nié le droit à des prestations d'invalidité au motif que l'assuré n'avait pas participé activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant à sa réadaptation à la vie professionnelle, de sorte qu'il avait dû procéder au calcul du préjudice économique en prenant en compte, à titre de revenu avec atteinte à la santé, celui qui aurait pu être obtenu si les mesures professionnelles avaient été menées à terme. Ce revenu dépassant celui que l'assuré aurait perçu sans atteinte à la santé, l'OAI a nié tout droit à une rente. Cette décision a été confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 2 mai 2016 (CASSO arrêt du 2 mai 2016, AI 19/15 - 111/2016) au motif que l'assuré présentait une pleine capacité de travail depuis le mois de novembre 2010 dans une activité adaptée à ses restrictions médicales et qu'il n'avait pas collaboré avec l'OAI, n'ayant pas repris la formation mise en place par l'OAI, alors que cette dernière respectait en tous points ses limitations fonctionnelles.

**C.** Par courrier daté du 4 août 2015 adressé à S.\_\_\_\_\_, l'assuré a rappelé que dans le courant du mois de février 2010, il avait été victime d'un accident à la colonne vertébrale, qui avait été pris en charge par elle en lieu et place de l'assureur-accidents.

Le 31 août 2015, S.\_\_\_\_\_ lui a répondu que son cas d'assurance n'avait jamais fait l'objet d'un dossier accident, donc à charge de l'assureur-accidents, mais bel et bien d'un cas maladie. Elle a précisé que bien que l'affection diagnostiquée ait été déclenchée sur le lieu de travail de l'assuré, la prise en charge était du ressort de l'assureur-maladie. S.\_\_\_\_\_ a invité l'assuré, dans une correspondance du 5 octobre 2015, à s'adresser à la CNA en cas de désaccord.

Par courrier du 22 novembre 2015, l'assuré a annoncé à la CNA qu'il avait été victime d'un accident à la colonne vertébrale sur son lieu de travail dans le courant du mois de février 2010, alors qu'il était

préposé à la manutention de plateaux de pain pesant entre 25 et 50 kg, activité réalisée de manière répétitive en porte-à-faux avec le buste. Il a précisé que cet accident avait entraîné une incapacité totale à poursuivre son activité professionnelle et qu'il avait dès lors le droit à des prestations de la part de l'assurance-accidents. Il a expliqué qu'il souffrait de douleurs dorsales dues à l'instabilité de certaines vertèbres qui avaient cédé sous le poids des charges de 25 à 50 kg. Il a précisé qu'il avait transporté ces charges dans une position de déséquilibre durant toute la durée de son emploi. Il a ajouté qu'il était dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle ou sportive, étant donné que le traumatisme vertébral subi et l'immobilité forcée avaient eu pour conséquence de générer une poussée pondérale brutale qui l'empêchait de se mouvoir.

La CNA s'est ensuite entretenue avec la société T. \_\_\_\_\_ le 22 décembre 2015. Il ressortait de cet entretien téléphonique que l'assuré avait subi plusieurs périodes d'incapacité de travail dès le 19 février 2010 et une totale incapacité de travail dès le mois de janvier 2011. Il était précisé que l'incapacité de travail de l'assuré avait été annoncée à S. \_\_\_\_\_ dans le cas d'espèce. Cette dernière avait versé des prestations à l'assuré jusqu'au 30 septembre 2011, date à laquelle elle avait reconnu qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il était enfin mentionné que la société T. \_\_\_\_\_ avait signifié à l'assuré son congé pour le 30 novembre 2011, vu qu'il ne pouvait pas lui fournir un travail dans une activité adaptée à ses restrictions médicales.

Le 23 décembre 2015, la CNA a demandé à S. \_\_\_\_\_ une copie du dossier de l'assuré qu'elle a reçu le 6 janvier 2016.

Poursuivant l'instruction du dossier, la CNA a interpellé le Dr O. \_\_\_\_\_, lequel a indiqué dans son rapport du 21 janvier 2016 que l'assuré présentait « une obésité morbide ainsi que des dorso-lombalgies traitées par physiothérapie, antalgie et mobilisation articulaire ».

La CNA a ensuite demandé à l'assuré de se présenter à son agence à Lausanne le 15 février 2016. Lors de cet entretien, l'assuré a exposé qu'il n'y avait jamais eu de chutes, de chocs, de coups ou de glissades à l'origine des douleurs dans le dos et qu'il avait pris note de n'avoir été victime d'aucun accident au sens légal du terme.

La CNA a demandé un avis à son médecin d'arrondissement, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, lequel a répondu le 2 mars 2016 ce qui suit :

« Cf expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ du 30.05.2011 (p 20 à 40 du dossier S. \_\_\_\_\_). L'assuré souffre de lombalgies chroniques aspécifiques sur troubles dégénératifs (discopathies L4-L5 et L5-S1) et de troubles statiques avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée L5-S1, associés à une obésité et un déconditionnement physique. »

Par courrier du 2 mars 2016, la CNA a informé l'assuré que selon les documents en sa possession, il n'y avait pas eu d'accident au sens de la loi et que les conditions de prise en charge du cas comme lésion corporelle assimilée à un accident ou comme maladie professionnelle n'étaient pas remplies.

Le 5 avril 2016, l'assuré a fait part de son désaccord à la CNA quant à son courrier du 2 mars 2016. Il a indiqué que selon lui, ses troubles du dos résultaient d'une cause extérieure extraordinaire, à savoir « la manutention de plateaux de pain pesant entre 25 et 50 kg, activité réalisée de manière répétitive en porte-à-faux avec le buste ». Il a indiqué une nouvelle fois qu'il avait été victime d'un accident sur son lieu de travail, lequel avait entraîné une incapacité de travail totale à poursuivre son activité de boulanger-pâtissier. Il a allégué qu'il y avait dès lors un lien de causalité direct, de sorte qu'il appartenait à l'assureur-accidents d'allouer des prestations et non à l'assureur-maladie. Il a précisé qu'à son sens, le Dr R. \_\_\_\_\_ avait mentionné dans son rapport du 30 mai 2011 qu'il s'agissait d'un accident de travail.

Par décision du 22 avril 2016, la CNA a relevé qu'il ressortait de la comparaison des conditions d'octroi de prestations par rapport aux faits et aux constatations médicales, que l'on n'était pas en présence d'un

accident, ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident, ni d'une maladie professionnelle, de sorte qu'elle ne pouvait pas allouer des prestations d'assurance.

Le 16 mai 2016, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision en concluant à ce que la CNA lui octroie des prestations d'assurance. Il a rappelé que ses troubles du dos résultaient, selon lui, d'une cause extérieure extraordinaire, à savoir « la manutention de plateaux de pain pesant entre 25 et 50 kg, activité réalisée de manière répétitive en porte-à-faux avec le buste » et que cela ressortait des conclusions de l'expertise du 30 mai 2011 réalisée par le Dr R.\_\_\_\_\_. Il a fait valoir qu'il s'agissait d'un accident de travail causé directement par le caractère pénible de la « manutention de plateaux de pain pesant entre 25 et 50 kg, activité réalisée de manière répétitive en porte-à-faux avec le buste ». Il a soutenu que les conditions requises par la jurisprudence afin d'assimiler ses lésions corporelles à un accident étaient remplies dans le sens qu'elles étaient constatables objectivement et que c'était un événement extérieur qui était à l'origine de ses lombalgies.

Par décision sur opposition du 31 mai 2016, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 22 avril 2016. Elle a retenu que l'assuré n'avait pas été victime d'un accident dès lors qu'il n'avait pas fait l'objet d'une chute, d'un choc, d'un coup ou d'une glissade à l'origine des douleurs dans le dos. Elle a considéré que le fait de devoir se tenir debout avec le torse penché en avant, tout en manipulant des plateaux de pain pour les mettre dans les fours ensuite, n'avait rien d'extraordinaire. Elle a relevé que le Dr M.\_\_\_\_\_ était arrivé à la conclusion le 2 mars 2016 que « les lombalgies chroniques aspécifiques - sur discopathies L4-L5 et L5-S1 - et que les troubles statiques avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée L5-S1 » dont souffrait l'assuré, ne pouvaient pas être mis sur le compte de son emploi de manière nettement prépondérante.

**D.** Par acte du 29 juin 2016, C.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 31 mai 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi des

prestations de la part de l'assureur-accidents. Il a allégué qu'il avait été victime d'un traumatisme à la colonne vertébrale dans le courant du mois de février 2010 sur son lieu de travail et que cet accident avait entraîné une incapacité de travail totale à poursuivre son activité de boulanger-pâtissier. Il a fait valoir qu'il avait fait l'objet d'une expertise médicale par le Dr R. \_\_\_\_\_ lequel, selon lui, avait établi le lien de cause à effet entre le traumatisme et le travail de manutention qu'il pratiquait. Il a précisé qu'il lui incombait d'assurer de manière répétitive et soutenue le transport de plateaux de pain pesant entre 25 et 50 kg tenus à bout de bras dans une position de déséquilibre physique. Il a invoqué que ni la société T. \_\_\_\_\_, ni S. \_\_\_\_\_, ni l'OAI, ni la Cour de céans n'avaient remis en question le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_, de sorte qu'ils l'avaient approuvé dans son intégralité. Il a souligné que la société T. \_\_\_\_\_ l'avait d'ailleurs affecté durant la période de juillet 2010 à février 2011 à un travail à temps partiel (20 %) et moins physique. Il a ajouté que les caractéristiques de son travail l'exposaient à un risque d'accident ou de maladie professionnelle.

Dans sa réponse du 22 juillet 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée.

Par réplique du 17 août 2016, le recourant a soutenu que l'intimée avait passé sous silence l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ alors qu'à son avis, celui-ci établissait le lien de cause à effet entre son travail et l'atteinte à sa santé. Il a mis en avant le fait qu'en janvier 2015 et juillet 2016 le législateur avait publié une nomenclature de tous les critères et seuils de pénibilité au travail, dont notamment un emploi répétitif au-delà de 900 heures par année, une posture éprouvante au-delà de 900 heures par année et un travail de manutention de charges excédant 15 kg au-delà de 600 heures par année. Il a précisé qu'il avait travaillé plus de 2'040 heures par année et durant plus de quatre ans, de sorte qu'il avait été exposé à des facteurs de dangerosité. Il a invoqué que la société T. \_\_\_\_\_ avait en conséquence mis sa santé en danger et qu'il avait l'intention de saisir la justice à son encontre.

Par duplique du 1<sup>er</sup> septembre 2016, l'intimée a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

Par écriture du 22 septembre 2016, le recourant a rappelé que seule l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ faisait foi pour établir s'il avait subi un accident au mois de février 2010. Il a exposé une nouvelle fois que cette expertise établissait le lien de causalité entre la pénibilité et dangerosité du travail et le traumatisme irréversible sur sa colonne vertébrale. Il a indiqué que ni l'intimée, ni la société T.\_\_\_\_\_ n'avaient formulé une quelconque opposition à cette expertise. Il a précisé que l'intimée n'avait pas la qualité pour établir l'existence d'un accident, qualité qui n'appartenait, selon lui, qu'aux experts indépendants et à l'inspection du travail, de sorte qu'il y avait lieu de s'en tenir exclusivement à l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_. Il a critiqué l'attitude de la société T.\_\_\_\_\_ quant au fait qu'elle n'avait pas pris des mesures adéquates sur le lieu de travail dans le but de protéger ses employés, comme requis par la directive M.S.S.T n°6508 (directive relative à l'appel à des médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité au travail de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996, qui repose sur les dispositions relatives à la LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20] et contenues dans l'OPA [ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles ; RS 832.30]). Il a produit un rapport médical du 24 novembre 2009 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, pour faire admettre qu'il s'agissait d'une maladie professionnelle, vu que les troubles avaient déjà débuté dans le courant du mois de novembre 2009.

Par écriture du 12 octobre 2016, l'intimée a indiqué qu'à son avis une lecture attentive de l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ ne permettait pas d'établir que les troubles dont souffrait le recourant étaient liés à son activité professionnelle et elle a derechef conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle a précisé que l'expert avait relevé la présence d'un « syndrome lombo-vertébral survenant dans le contexte de troubles statiques avec diminution de la lordose et de la cyphose dorsale, ainsi que la présence d'une anomalie transitionnelle

lombosacrée et enfin des discopathies modérées L4-L5 et L5-S1 surtout caractérisées par une dessiccation discale ». Elle a indiqué qu'il s'agissait exclusivement de troubles maladiques, ce que S. \_\_\_\_\_ avait confirmé par courriers des 31 août et 5 octobre 2015. Elle a retenu que le Dr B. \_\_\_\_\_ n'avait pas pu déterminer le rôle exact joué par l'activité professionnelle du recourant dans les atteintes du nerf médian au niveau du canal carpien et qu'il avait effectivement évoqué la possibilité de facteurs purement mécaniques jouant un rôle dans la symptomatologie, sans toutefois admettre un lien de causalité qualifiée avec l'activité professionnelle du recourant au sens de la loi.

Par écriture du 29 octobre 2016, le recourant a maintenu sa position.

### **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). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le 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).

**b)** 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de la part de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du mois de février 2010. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'événement en question constitue un accident ou une lésion corporelle assimilée à un accident ou encore une maladie professionnelle.

Dès lors, les griefs soulevés par le recourant au sujet du non-respect de la directive M.S.S.T n°6508 par la société T.\_\_\_\_\_ à l'époque de son activité professionnelle sortent du cadre du présent litige, de sorte qu'ils ne seront pas examinés.

**3. a)** En vertu de 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.

**b)** Aux termes de l'art. 4 LPGA, 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions qui doivent être cumulativement réalisés, à savoir : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, 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 et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doit être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 232 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

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 niée (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1).

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* ») (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). 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*) (TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées ; 8C\_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 ; 8C\_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

Le droit à des prestations découlant d'un accident requiert au surplus un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

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 consid. 5d/bb, TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

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 (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 (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2016, p. 921 n° 88). 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. 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 134 V 72 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; 121 V 35 consid. 1a ; TF 8C\_292/2014 du 18 août 2014).

Pour les lésions dues à des efforts (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'intéressé (FRÉSARD/ MOSER-SZELESS, op. cit., p. 924 n° 98).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (cf. FRÉSARD/ MOSER-SZELESS, op. cit., n°99 p. 925). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références citées).

**c)** Il y a donc lieu de déterminer si l'événement du mois de février 2010 était ou non constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA - ce que la CNA a nié faute de facteur dommageable extérieur extraordinaire.

Vu le déroulement des faits tel que retenu ci-avant, on ne saurait admettre l'existence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire dans le cas particulier. Le recourant a fait état dans toutes ses déclarations de douleurs dorsales survenues sur son lieu de travail, lorsqu'il manipulait des plateaux de pain pour les mettre dans les fours. Ainsi, aucune notion de chute, de glissade ou de collision ne peut être retenue. Le recourant a d'ailleurs déclaré, lors de l'entretien du 15 février 2016 avec l'intimée, qu'il n'avait jamais fait l'objet d'une chute, d'un choc, d'un coup ou d'une glissade à l'origine de ses douleurs. Le fait de devoir se tenir debout avec le torse penché en avant tout en manipulant des plateaux de pain pour les mettre dans les fours n'a rien d'extraordinaire. A cet égard, il sied de mentionner qu'un événement accidentel avait été nié par le Tribunal fédéral pour un ouvrier chargé de transporter avec un collègue de travail une vitre d'un poids d'environ 200kg et qui, lors du transport, avait ressenti une douleur poignante au dos (TFA U 214/95 du 23 décembre 1996), ou encore dans le cas d'un maçon ayant éprouvé des douleurs dorsales lors du déplacement de dalles (TFA U 7/00 du 27 juillet 2001).

En outre, le caractère de la soudaineté fait défaut dès lors que le recourant a souligné à plusieurs reprises qu'il accomplissait les gestes incriminés de manière répétitive.

Partant, le recourant n'a pas été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

**4. a)** Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, applicable en l'espèce (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3), l'art. 6 al. 2 aLAA 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 aOLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, 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) 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. Cette liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1), étant précisé que les déchirures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA (ATF 123 V 43 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. 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 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion corporelle assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées).

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 aOLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; 123 V 43 ; TF 8C\_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1 ; 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h aOLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.2).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b).

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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

**c)** Du point de vue de l'effort consenti par le recourant, force est d'admettre que le fait de déplacer des plateaux de pain pesant entre 25 et 50 kg, et ce nonobstant les impératifs de rapidité et d'efficacité auxquels il aurait été soumis de par sa profession, doit être considéré comme faisant partie des gestes courants dans le cadre de son métier. Certes, le port de charges qu'implique le déplacement des plateaux de pain peut le cas échéant être ressenti comme un « *lourd effort* », mais sans pour autant s'écarter de la mesure ordinaire et normale dans laquelle les influences de l'environnement agissent sur le corps humain (cf. ATF

134 V 72 consid. 4.3.1 et TFA U 94/03 di 31 octobre 2003), d'autant moins dans le cas d'une personne en bonne santé habituelle et âgée de vingt-cinq ans au moment des faits. Le recourant a d'ailleurs déclaré à plusieurs reprises qu'il accomplissait ces gestes de manière répétitive.

Au regard de ces circonstances, la Cour de céans se doit de rejoindre l'intimée pour retenir qu'aucun facteur extérieur n'est venu perturber le déroulement de l'événement du mois de février 2010, de sorte qu'il ne peut être reconnu que le recourant a été victime d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

**5. a)** Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de cette disposition sont énumérées à l'annexe 1 de l'OLAA (art. 14 OLAA).

**b)** Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles (selon la clause dite générale) les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Selon la jurisprudence, cette condition n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle. Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que ceux que compte la population en général (ATF 126 V 183 consid. 2b ; 119 V 200 consid. 2b ; 116 V 136 consid. 5c ; TF 8C\_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 3.1 ; 8C\_165/2007 du 5 mars 2008 consid. 3.1 ; RAMA 2000 n° U 408 p. 407). Cette clause générale répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste selon l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 136 consid. 5a).

Ainsi, en plus d'une relation de causalité naturelle et adéquate, la reconnaissance d'une maladie professionnelle impose un rapport de causalité prépondérant, c'est-à-dire qualifié. De ce fait, l'agent nocif ou l'activité professionnelle ne sauraient être une cause parmi d'autres de l'affection ; ils doivent participer plus que toutes les autres causes concurrentes à la survenance de la maladie (FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 1<sup>ère</sup> édition, Berne 2015, pp. 362 et 363).

**c)** Selon la jurisprudence, le point de savoir si une affection est une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est d'abord une question relevant de la preuve dans un cas concret. Cependant, s'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, la preuve de la causalité qualifiée, dans un cas concret, ne peut pas non plus être apportée (ATF 126 V 183 consid. 4c et les références citées ; TF 8C\_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 3.2).

**d)** En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (TF 8C\_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 4). C'est 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 la rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également compte des 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a).

**e)** Le recourant se fonde sur l'expertise médicale rhumatologique du Dr R. \_\_\_\_\_ du 30 mai 2011 pour faire admettre la responsabilité de l'intimée et critique les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ au motif qu'il est rémunéré par la CNA. A cet égard, il y a lieu de préciser que les rapports des médecins des assureurs peuvent se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/ee ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il est toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe doit être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.1 *in fine* et les références citées, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Il en va de même en cas de simple doute sur la fiabilité ou pertinence des constatations des médecins internes à l'assureur (ATF 135 V 465 précité consid. 4.4).

En se basant sur l'expertise médicale du Dr R. \_\_\_\_\_, le Dr M. \_\_\_\_\_ est arrivé à la conclusion que les lombalgies chroniques aspécifiques et l'anomalie transitionnelle lombo-sacrée L5-S1 dont souffre le recourant étaient associées à une obésité et à un déconditionnement physique. Dans son rapport du 2 mars 2016, il a expressément mentionné qu'il ne s'agissait pas d'une maladie professionnelle, vu qu'il n'y avait pas de lien de causalité qualifiée avec son activité professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA ; les troubles dont souffre le recourant ne pouvaient pas être mis sur le compte de son emploi auprès de la société T. \_\_\_\_\_ de manière nettement prépondérante. Le Dr R. \_\_\_\_\_ relève quant à lui également la présence d'un syndrome lombo-vertébral survenant dans le contexte de troubles statiques avec diminution de la lordose cervicale et de la cyphose dorsale, ainsi qu'une anomalie transitionnelle lombo-sacrée et enfin des discopathies modérées L4-L5 surtout caractérisées par une

dessiccation discale. Le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ est convaincant en ce sens qu'il est motivé, qu'il ne contient pas de contradiction avec l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ et qu'aucun indice ne permet de remettre en cause son bien-fondé. De plus, on relève que le recourant est d'accord avec les conclusions de l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_.

De plus, l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_, contrairement à ce qu'avance le recourant, ne permet pas d'établir que les troubles dont il souffre seraient liés à son activité dans la société T.\_\_\_\_\_. En effet, les atteintes relevées par l'expert correspondent à des troubles maladifs pour lesquels la CNA ne saurait être amenée à verser des prestations. C'est justement dans ce sens que S.\_\_\_\_\_ a répondu au recourant les 31 août et 5 octobre 2015.

Par ailleurs, le rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2016 n'établit pas que les dorso-lombalgies dont souffre le recourant seraient associées à son emploi auprès de la société T.\_\_\_\_\_. Il explique que le recourant présente « une obésité morbide et des dorso-lombalgies, lesquelles sont traitées par physiothérapie, antalgie et une mobilisation articulaire ».

Enfin, en ce qui concerne les atteintes du nerf médian au niveau du canal carpien, le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé dans son rapport du 24 novembre 2009, que le recourant souffrait d'une « discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien caractérisée uniquement par un ralentissement très modéré de la vitesse de conduction sensitive paume/poignet alors que les latences distales motrices et sensibles étaient dans les limites supérieures de la norme », mais qu'il lui était difficile de déterminer le rôle exact joué par l'atteinte dans les plaintes formulées par le recourant, étant donné la discrétion des anomalies électrophysiologiques et la description des troubles. Il a effectivement évoqué la possibilité que des facteurs purement mécaniques pouvaient jouer un rôle dans la symptomatologie sans admettre toutefois un lien de causalité qualifiée avec son activité professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA.

Partant, aucun élément au dossier ne contient d'indice selon lequel il y aurait un lien de causalité qualifiée entre l'événement survenu dans le courant du mois de février 2010 et l'atteinte à la santé du recourant, de sorte qu'on ne peut retenir un devoir de prêter au sens de l'art. 9 al. 2 LAA.

**6.** Quant au grief soulevé par le recourant concernant « la nomenclature publiée par le législateur » de tous les critères et seuils de pénibilité liés au travail, il ne saurait conduire à une autre solution. En effet, le législateur suisse n'a publié aucune nomenclature relative aux seuils de pénibilité liés au travail. Il apparaît que le recourant fait en réalité allusion au droit français, de sorte que cet argument n'est guère déterminant dans le cas d'espèce.

**7.** On précisera enfin que le fait que la Cour de céans, dans son arrêt du 2 mai 2016 (CASSO arrêt du 2 mai 2016, AI 19/15 - 111/2016), l'OAI, la société T. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ n'aient pas contesté l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ ne signifie pas encore qu'il existe un lien de causalité entre l'atteinte à la santé du recourant et l'emploi exercé auprès de la société T. \_\_\_\_\_. En effet, à aucun moment, le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a établi un lien de causalité entre l'atteinte à la santé du recourant et son activité au sein de la société T. \_\_\_\_\_.

**8.** A l'aune de ces considérations, force est de retenir que c'est à juste titre que l'intimée a retenu que l'événement du mois de février 2010 n'était pas constitutif d'un accident, ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident, ni d'une maladie professionnelle au sens de la loi et a refusé ses prestations au recourant.

**9.** **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'est pas alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA) et n'est pas représenté par un mandataire professionnel.

**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 31 mai 2016 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 est notifié à :

- C. \_\_\_\_\_, 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 :