

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 août 2020

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

B. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est employé comme professeur d'éducation physique par [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de B. _____ SA (ci-après : B. _____ SA ou l'intimée).

Le 18 mars 2018, alors que l'assuré jouait au tennis, il a ressenti une douleur intense dans le dos.

Dans un rapport du 27 mars 2018 faisant suite à une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire effectuée le même jour, la Dre [...], spécialiste en radiologie, a constaté la présence d'une disco-ostéophytose postéro-latérale et foraminale droite L5-S1 avec compression radiculaire L5 en foraminale ainsi qu'une hernie de Schmorl inflammatoire sur important pincement discal L5-S1. Cette spécialiste n'observait pas de conflit radiculaire gauche.

L'assuré a été hospitalisé entre le 28 mars et le 4 avril 2018 en raison d'une cruralgie invalidante. A cette occasion, le diagnostic principal de hernie foraminale et extra foraminale gauche responsable d'un conflit sur la racine L3 à gauche et les diagnostics secondaires d'anomalie transitionnelle avec disque vestigial S1-S2 et de discrète sténose des trous de conjugaisons L5-S1 des deux côtés pouvant générer des conflits sur les racines L5 ont été posés (cf. rapport d'IRM lombaire du 3 avril 2018). L'assuré a subi une infiltration sous contrôle scanner le 29 mars 2018. Dans un rapport du 9 avril 2018, la Dre H. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin auprès de [...], a précisé ce qui suit :

« Monsieur G. _____ a été transféré du [...] pour traitement antalgique dans le contexte de douleurs invalidantes présentes depuis environ 3 semaines après que le patient a fait le 18.3.18 un faux mouvement en jouant au tennis, avec glissade du talon et apparition de douleurs lombaires progressivement en augmentation jusqu'au 24.3.2018.

Les douleurs sont invalidantes et rendent la marche difficile. Il y a une impossibilité de tenir debout. Il n'y a pas de déficit de la sensibilité ou de la force évident au status. Subjectivement un sentiment de faiblesse dans la jambe gauche. Douleurs paralombaires gauches avec irradiation en zone de l'aîne et cruralgies.

Le bilan a montré des altérations dégénératives mentionnées, ainsi qu'une hernie discale extra foraminale entrant en conflit avec le ganglion, expliquant les fortes douleurs névralgiques ».

Le 10 avril 2018, l'assuré, qui se plaignait de douleurs en augmentation invalidantes, a subi une cure de hernie discale extraforaminale L3-L4 gauche. On extrait ce qui suit du protocole opératoire :

« [...] Nouveau contrôle radioscopique : c'est le bon espace qui est opéré. Sous le microscope, ouverture du ligament intertransversaire permettant de tomber sur le disque. Discrète ouverture du foramen au Kerisson 3. Repérage, grâce au neuromonitoring, de la racine L3 gauche et ouverture de l'annulus du disque permettant de mobiliser un énorme fragment herniaire. Décompression de la racine et microdissectomie avec des rongeurs de taille et de courbure croissante. A la fin de la décompression, la racine L3 est parfaitement libre et puise sur son trajet extraforaminal ».

Dans la déclaration d'accident complétée le 9 mai 2018, l'employeur de l'assuré a décrit l'événement du 18 mars 2018 de la manière suivante : « lors du rattrapage de la balle, le talon a frappé fortement au sol provoquant une douleur intense dans le dos ».

Le 14 mai 2018, à la demande de B. _____ SA, l'assuré a indiqué ce qui suit :

« 1. Au cours de quelle activité et dans quelles circonstances avez-vous subi une lésion corporelle ? (description détaillée)

Lors d'une partie de tennis entre amis, mon talon a tapé le sol violemment dans un déplacement. J'ai tout de suite ressenti une douleur dans mon bas du dos.

[...]

3. Quand avez-vous ressenti pour la première fois les douleurs ?
Tout de suite

4. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? Oui, je pratique du tennis chaque semaine.

S'est-elle déroulée dans des circonstances extérieures normales ?
Oui
S'est-il produit un événement particulier ? Non ».

Dans un rapport du 23 mai 2018, le Dr [...], spécialiste en neurochirurgie, a posé le diagnostic de status post cure de hernie discale extraforaminale L3-L4 gauche le 10 avril 2018 et constaté l'excellente évolution de l'assuré, avec disparition quasiment complète des symptômes douloureux.

Par décision du 20 juin 2018, B._____ SA a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré, estimant que le cas relevait de la compétence de son assureur-maladie.

Le 24 juin 2018, l'assuré s'est opposé à la décision susmentionnée, faisant valoir qu'avant l'évènement du 18 mars 2018, il n'avait jamais eu de douleurs au dos ou aux jambes en lien avec le nerf crural et ses terminaisons nerveuses. Il a précisé que c'était au moment où il avait opéré un changement de direction dans sa course qu'il avait ressenti une douleur lombaire, changement de direction qui pouvait selon lui être assimilé à une cause extérieure et qui, conjugué à la rotation du corps et la frappe du talon au sol, était à l'origine de son atteinte à la santé. L'assuré a précisé que la déchirure du fibrocartilage intervertébral devait être considérée comme une lésion assimilée à un accident et être prise en charge à ce titre par l'assureur-accident.

Par décision sur opposition du 10 août 2018, B._____ SA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

B. Par acte du 10 septembre 2018, G._____, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a déféré la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme dans le sens que des prestations soient versées au recourant et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à B._____ SA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant a fait valoir que ses douleurs avaient été

causées par un faux mouvement avec glissade et que ces circonstances suffisaient à admettre qu'il avait été victime d'un accident. Il a encore allégué qu'en tout état de cause son atteinte à la santé constituait une lésion assimilée et a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par réponse du 29 octobre 2018, B. _____ SA a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 21 novembre 2018, le recourant a confirmé ses précédents motifs et conclusions.

Par acte du 3 décembre 2018, B. _____ SA a confirmé sa précédente écriture.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'événement survenu le 18 mars 2018 peut être qualifié d'accident ou de lésion corporelle assimilée à un accident et si ses conséquences doivent être prises en charge par l'intimée.

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.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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 repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs, 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 des conséquences graves ou inattendues. Il 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, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale

Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

c) S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, le Tribunal fédéral considère que l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, il a souvent nié le caractère extraordinaire de la cause externe lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier, la notion d'accident n'étant réalisée que si l'exercice sportif se déroule autrement que ce qui est prévu (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925 s. ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4).

Un accident a été admis dans le cas d'un cavalier qui s'est blessé parce que son cheval est tombé tête la première (TFA U 296/05 du 14 février 2006 consid. 2.3) ou d'un joueur victime d'une charge contre la balustrade durant un match de hockey sur glace (ATF 130 V 117 consid. 3). Il a en revanche été nié pour un joueur professionnel de hockey sur glace qui s'est blessé à l'épaule lors d'un tir en frappant la glace avec sa crosse (TF 8C_141/2009 du 2 juillet 2009 consid. 7.2), pour une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, lors d'une séance de « nordic walking » (TF 8C_978/2010 du 3 mars 2011 consid. 4.2) ou encore pour une personne qui, à l'occasion d'un plongeon d'une hauteur de sept mètres à la piscine, a subi un choc en raison du mauvais positionnement de son corps lors de la pénétration dans l'eau (TFA U 17/02 du 10 décembre 2002 consid. 2 ; pour d'autres exemples : Frésard/Moser-Szeless, loc. cit. ; Perrenoud, loc. cit.).

4. L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2017 applicable au cas d'espèce vu la date de l'accident en cause, prévoit désormais que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie :

a. les fractures ;

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

Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles listées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (Markus Hüsler, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung in SZS/RSAS 2017, pp. 26 ss, spéc. p. 33). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Le critère du facteur externe est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents ; organisation et activités accessoires de la CNA], pp. 7702-7703).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; 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 (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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

En particulier, celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas. S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2 ; TF 8C_784/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2 ; TFA U 259/04 du 23 novembre 2006 consid. 3.2).

b) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

6. a) En l'occurrence, l'intimée considère que l'événement survenu le 18 mars 2018 ne constitue pas un accident au sens de la loi.

A cet égard, il y a lieu de relever que le recourant a personnellement déclaré dans un premier temps que les douleurs étaient apparues alors qu'il voulait rattraper une balle de tennis, son talon ayant alors fortement frappé le sol. Par la suite, soit dans son opposition puis son recours, le recourant a déclaré que les douleurs étaient survenues à la suite d'un « faux mouvement avec glissade ». Il a expliqué qu'alors qu'il courait, il avait brutalement changé de direction et tordu son corps avant que son talon ne frappe le sol. Le recourant a fait valoir que ces précisions ne constituaient pas de nouvelles déclarations (cf. consid. 5b *supra*) dès lors qu'elles figuraient déjà dans le rapport du 9 avril 2018 de la Dre

H._____ qui évoquait une glissade. Quoi qu'il en soit, ces explications ne permettent pas de retenir la survenance d'un accident. En effet, comme l'a retenu l'intimée, les différents gestes décrits par le recourant comme ayant présidé à l'apparition des douleurs litigieuses (course, changement brusque de direction, torsion du corps, coup de talon) sont intrinsèquement liés à la pratique du tennis. D'ailleurs, dans le questionnaire qu'il a rempli le 14 mai 2018, le recourant a confirmé qu'il pratiquait régulièrement ce sport et que la séance s'était déroulée dans des circonstances normales, sans qu'il ne se produise d'événement particulier. L'atteinte à la santé considérée est ainsi apparue sans qu'aucun facteur extérieur extraordinaire n'intervienne ; elle constitue au contraire la réalisation d'un risque inhérent à l'activité sportive pratiquée.

Par surabondance et comme l'intimée l'a encore précisé, même à admettre l'existence d'un accident, l'atteinte à la santé considérée ne se trouverait pas dans une relation de causalité naturelle avec l'événement litigieux. Le fait que la jurisprudence topique citée en matière de hernie discale (TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et les références citées ; TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 et la référence citée ; TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2) soit antérieure à la révision de la LAA entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017 ne saurait – contrairement à ce que semble affirmer le recourant – avoir le moindre effet quant à la nature de la lésion considérée. Enfin, le raisonnement du recourant selon lequel, avant l'accident, il ne présentait pas de dorsolombalgies constitue un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » insuffisant à démontrer l'existence d'un rapport de causalité (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, pp. 340 ss; TF U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv.]).

b) Dans un second moyen, le recourant fait valoir que son atteinte à la santé constituerait une lésion corporelle assimilée à un accident. Il ressort cependant des pièces médicales au dossier, en particulier des documents d'imagerie, que le recourant n'a présenté aucune des lésions corporelles citées à l'art. 6 al. 2 LAA, mais une

déchirure du cartilage. Comme l'a relevé l'intimée, si le ligament a bien été ouvert, c'était dans le cadre d'une intervention, afin d'accéder au disque, et non directement en raison de l'accident (cf. protocole opératoire du 10 avril 2018). C'est le lieu de relever que les lésions du cartilage sont exclues des lésions assimilées (TF 8C_865/2013 du 13 mars 2014 consid. 4.2).

7. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise telle que sollicitée par l'intéressé serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

8. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 10 août 2018 par B._____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour G._____),
- B._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :