

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 avril 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 LAA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1973, travaille depuis le 4 juin 2018 comme manœuvre pour la société Z. _____ Sàrl et est, à ce titre, 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).

Par déclaration d'accident du 11 juillet 2018, Z. _____ Sàrl a annoncé à la CNA que le 14 juin 2018, l'assuré avait fait un faux mouvement du dos en transportant deux seaux sur un chantier à [...], ce qui l'avait contraint à interrompre son travail. Une incapacité totale de travail a été attestée par la Dre L. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, à compter du 15 juin 2018.

En réponse aux questions posées par la CNA, l'assuré a donné, le 7 août 2018, la description suivante de l'événement : « Sur le sol mouillé, j'ai glissé et je suis fortement tombé. J'ai eu très mal en bas du dos à droite. J'ai lâché les seaux de ciment. » Il a précisé que son chef était présent lors de l'accident et à la question de savoir s'il s'était produit quelque chose de particulier, il a répondu par l'affirmative, exposant qu'il avait été victime d'une glissade sur un sol humide.

Dans un rapport médical initial LAA du 6 août 2018, la Dre L. _____ a indiqué le déroulement de l'accident comme suit : « Le 14.6.2018, fin d'après-midi, en soulevant et portant 2 seaux de ciment sur terrain mouillé et escaliers, a glissé et ressenti vives douleurs lombaires lui faisant lâcher ses charges ». Elle a constaté un syndrome lombo-vertébral hyperalgique avec une dysfonction L4-L5 à droite, un sévère verrouillage paraspinal lombaire et des douleurs ligament-ilio-lombaires droites, observations qui concordaient avec l'accident. Elle a posé le diagnostic de « syndrome lombo-vertébral aigu hyperalgique suite port de charges + dans mauvaises conditions ergonomiques et de travail ». L'incapacité de travail était toujours totale.

Interrogée par la CNA, la société Z. _____ Sàrl a indiqué, par courriel du 13 août 2018, qu'elle avait annoncé le sinistre le jour où elle avait reçu le certificat par courrier de l'assuré, qu'elle n'avait été mise au courant que ce jour-là car le chef de l'assuré faisait un mauvais suivi de chantier, raison pour laquelle il ne travaillait plus pour elle.

Le 21 août 2018, la CNA a réceptionné un bon de prescription de physiothérapie établi par la Dre L. _____ le 26 juin 2018, sur lequel elle a indiqué que l'assuré souffrait d'un syndrome lombo-vertébral (SLV) sur hernie discale médiane L4-L5 et d'un syndrome facettaire lombaire L4-L5/L5-S1.

Par décision du 14 janvier 2019, la CNA a considéré que les troubles présentés par l'assuré n'étaient pas liés à un accident ni à une lésion assimilée à un accident dans la mesure où les notions de glissade et de chute ne ressortaient ni de la déclaration initiale d'accident ni de la documentation médicale.

R. _____, auprès de qui l'assuré est affilié pour l'assurance maladie obligatoire des soins depuis le 1^{er} janvier 2007, a fait opposition à titre préventif contre cette décision le 18 janvier 2019, puis a confirmé son opposition le 14 février 2019. Elle a invoqué que l'assuré était un travailleur du bâtiment qui avait fait l'objet d'une chute avec réception sur le dos à la suite d'une glissade en portant deux seaux, accident qui s'était produit devant son chef. L'apparition de la douleur subite avec un syndrome lombaire aigu faisait nécessairement suite à un traumatisme important. Dans son rapport, la Dre L. _____ avait en outre qualifié le cas comme un accident. R. _____ a par ailleurs relevé qu'aucun bilan radiologique n'avait été effectué afin d'éclaircir la situation.

Par décision sur opposition du 20 février 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par R. _____ et confirmé sa décision de refus de prise en charge du 14 janvier 2019. Elle a retenu que la déclaration de sinistre et le rapport de la Dre L. _____ ne faisaient pas état d'une chute, mais

d'une douleur aiguë survenue alors que l'assuré était en train de porter une charge au travail. Elle a relevé qu'un syndrome lombaire aigu n'était pas forcément la suite d'un traumatisme important. De telles douleurs pouvaient se présenter de manière spontanée, lors d'un geste habituel, comme celui de porter des charges chez un manoeuvre. L'assuré avait par ailleurs attendu quatre jours avant de consulter et presque un mois avant d'annoncer ses troubles à la CNA, semble-t-il à la demande de la physiothérapeute.

B. Par acte du 25 mars 2019, R. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation, à ce que l'événement du 14 juin 2018 soit qualifié d'accident et l'intimée condamnée à prendre en charge les prestations de l'assurance-accidents obligatoire en lien avec cet événement, ainsi qu'à rembourser à la recourante les prestations qu'elle avait prises provisoirement en charge, subsidiairement, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les frais de l'instruction, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Elle a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle a fait valoir que l'événement du 14 juin 2018 constituait bel et bien un accident puisque l'assuré avait subi une atteinte dommageable, soudaine et de caractère involontaire, à savoir un syndrome lombo-vertébral aigu hyperalgique, et qu'on était en présence d'un facteur extérieur et extraordinaire étant donné que l'assuré avait glissé et chuté, comme cela ressortait de la description de l'accident qu'il avait donnée le 7 août 2018 et celle relatée par la Dre L. _____. R. _____ a par ailleurs reproché à la CNA d'avoir considéré de manière générale qu'un syndrome lombaire aigu n'était pas forcément la suite d'un traumatisme important sans tenir compte des données individuelles de l'assuré, ce qui ne permettait pas d'exclure de manière probante un lien de causalité naturelle. Il appartenait à l'intimée d'instruire plus avant cette question.

R. _____ a produit un rapport établi le 15 mars 2019 par son médecin-conseil, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie, dont la teneur était la suivante :

« Il s'agit d'un travailleur de bâtiment qui a fait l'objet d'une chute avec réception sur le dos à la suite d'une glissade en portant deux [seaux]. Cet[...] accident s'est produit devant son chef selon la déclaration de l'accident. L'apparition de la douleur violente avec un syndrome lombaire aigu[...] post accident est dû nécessairement au traumatisme. Nous ne sommes pas en mesure de mettre en doute la description de l'événement par le patient et ainsi que la présence de la douleur aiguë et violente qui est très justement la conséquence d'un accident. La situation est fortement ambiguë car la Suva n'a pas pris[...] la peine de vérifier la circonstance de l'accident tout[...] en rajoutant l'absence de bilan radiologique.

Il convient à la Suva de vérifier le dossier et d'accepter la présence d'un accident et d'entreprendre une enquête correct[e] et efficace.

Cependant la doctoresse L. _____ [a] bien notifi[é] le cas comme sur la demande de la physiothérapie accident (sic). Dans son rapport la doctoresse L. _____ parle en faveur d'un syndrome lombo vertébral[...] avec hyperalgie sévère qui est apparu après la chute.

Je trouve que l'absence d'un bilan radiologique a desservi[...] le patient, surtout l'interprétation chaotique qui a dévié[...] la décision de la Suva.

Proposition de maintenir le refus et s'opposer à la décision de la Suva. »

Dans sa réponse du 4 juin 2019, la CNA conclu au rejet du recours. Elle a relevé que la recourante omettait les éléments ressortant de la déclaration d'accident, qui mentionnait un faux mouvement du dos, et a estimé qu'il n'y avait aucune raison de penser que si l'assuré avait été victime d'une glissade ou d'une forte chute, il ne l'aurait pas indiqué à son employeur. Elle a estimé qu'une telle chute, par ailleurs non mentionnée par la Dre L. _____, n'apparaissait pas vraisemblable, d'autant moins que celle-ci n'avait pas constaté d'hématome ou de lésion externe. Elle a par ailleurs relevé que l'assuré ne s'était pas opposé à sa décision. Elle a précisé que même si l'on admettait que l'assuré avait chuté, ce mouvement n'était pas la cause de l'atteinte à la santé, puisque celle-ci avait fait suite à un port de charges dans de mauvaises conditions selon la Dre L. _____. Selon la CNA, le rapport du Dr J. _____ ne comportait aucun élément permettant de s'écarter de la décision attaquée.

Par réplique du 12 août 2019, R._____ a fait valoir que les premières déclarations de l'assuré étaient celles qu'il avait faites le 7 août 2018, la déclaration d'accident ayant été remplie par son employeur. Elle a reproché à la CNA de tantôt retenir l'existence d'une chute, tantôt la nier à la lecture du rapport de la Dre L._____. Cette dernière avait en outre attesté d'un lien de causalité entre les indications données par le patient et les constatations qu'elle avait faites. Elle a requis l'audition de l'assuré ainsi que celle de son chef afin d'éclaircir le déroulement de l'événement survenu le 14 juin 2018, l'audition de la Dre L._____ au sujet de la causalité naturelle, ainsi que, le cas échéant, la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

La CNA a maintenu sa position dans sa détermination du 21 août 2019.

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.

c) Seuls les frais de traitement étant à charge de la recourante, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., de sorte que la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'événement du 14 juin 2018 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA et, partant, si la CNA est tenue de prester en qualité d'assureur-accidents.

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).

En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97 p. 923 s.).

Dans l'hypothèse d'une lésion consécutive à un effort (déplacement ou soulèvement de charges lourdes, par exemple), le caractère extraordinaire de l'effort doit être apprécié au cas par cas, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de la personne concernée (TF 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). L'effort est extraordinaire lorsqu'il est manifestement excessif. Tel est le cas, par exemple, si une infirmière se blesse alors qu'elle tente d'empêcher un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant (TFA U 67/93 du 27 septembre 1993 [RAMA 1994 n° U 185 p. 79 ss]) ou lorsqu'une personne en position penchée et pressée par le temps se blesse en déplaçant une charge exceptionnelle (TFA U 109/92 du 10 août 1993 [RAMA 1994 n° U 18 p. 37 ss]). En revanche, le simple transfert d'un patient d'une table d'opération à un lit par un aide-infirmier ne représente pas un effort excessif et ne constitue donc pas un facteur extérieur

extraordinaire (ATF 116 V 136 ; pour une casuistique : Perrenoud, op. cit., n° 29 ad art. 4 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 98 p. 924).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 126 V 353 consid. 5b et références citées). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

Par ailleurs, il appartient à l'assuré de 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 (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3).

En présence de deux versions différentes sur les circonstances d'un accident, il faut, selon la jurisprudence, donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions antérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références ; voir aussi ATF 143 V 168 consid. 5.2.2).

4. Il faut constater en l'occurrence que le déroulement de l'événement du 14 juin 2018 tel que l'assuré l'a exposé à son employeur, respectivement tel qu'il figure dans la déclaration d'accident du 11 juillet 2018 ne fait nullement référence à une glissade ou à une chute, mais parle d'un faux mouvement du dos en transportant deux seaux. Ce n'est

que dans les explications que l'assuré a par la suite données à la CNA le 7 août 2018 qu'il mentionne avoir glissé sur un sol humide, être lourdement tombé et avoir lâché les seaux de ciments. Dans le rapport médical initial LAA du 6 août 2018, la Dre L. _____ a dans un premier temps écrit qu'en soulevant et portant deux seaux de ciment sur un terrain mouillé et des escaliers, l'assuré avait ressenti de vives douleurs lombaires qui lui avaient fait lâcher ses charges. Le texte manuscrit permet de voir qu'elle a ensuite rajouté le fait que l'assuré avait glissé. En revanche, elle ne mentionne aucune chute lors de cet événement.

Au vu des éléments qui précèdent, il n'apparaît pas vraisemblable que l'assuré a chuté sur le dos comme il le prétend. La CNA relève à cet égard de manière pertinente que la Dre L. _____ n'a fait état d'aucun hématome ni d'aucune lésion externe et que s'il y avait eu une chute, l'assuré l'aurait à l'évidence indiqué à son employeur, qui l'aurait mentionné dans la déclaration d'accident.

Il n'est pas clair de savoir si l'assuré a glissé ou non sur un sol mouillé. Il faut constater, d'une part, que cet élément ne figure pas dans la déclaration d'accident de l'employeur. D'autre part, il est difficile de donner foi aux explications apportées par l'assuré dans son formulaire du 7 août 2018 étant donné que celui-ci invoque que la glissade a été suivie d'une chute, laquelle n'est pas vraisemblable, comme démontré ci-dessus. Par ailleurs, la notion de glissade n'a été insérée dans le rapport initial LAA par la Dre L. _____ que dans un second temps, ayant été rajoutée entre deux lignes. En outre, sous diagnostic, elle retient un syndrome lombovertébral aigu hyperalgique qu'elle met en lien avec le port de charges et les mauvaises conditions ergonomiques et de travail, sans faire une quelconque référence à une glissade. De plus, il faut constater que les explications données et les pièces au dossier ne permettent pas de démontrer en quoi le déroulement naturel du mouvement effectué par l'assuré aurait été interrompu ou modifié par la glissade - sans chute - qui se serait produite. Il n'est à cet égard fait nulle part état d'une éventuelle elongation ou torsion du dos. L'ensemble de ces éléments ne permettent dès lors pas de reconnaître, au degré de la vraisemblance prépondérante,

que l'assuré a eu un mouvement non coordonné du corps en raison d'une glissade sur le sol mouillé.

Les documents au dossier sont en revanche concordants sur le fait que les douleurs se sont déclenchées alors que l'assuré portait des charges, plus précisément deux seaux de ciment. Une telle activité est toutefois usuelle dans la profession de manœuvre de l'assuré. On ne saurait dès lors considérer que le fait de soulever et porter ces charges représentait un effort extraordinaire.

On peut au demeurant relever que sur le bon de prescription de physiothérapie du 26 juin 2018, la Dre L. _____ mentionne que l'assuré souffre d'un syndrome lombo-vertébral sur hernie discale médiane L4-L5 et syndrome facettaire lombaire L4-L5/L5-S1. Cela signifie que le syndrome lombo-vertébral s'inscrit dans un contexte de troubles maladiques préexistants, ce qui plaide également en défaveur de l'existence d'un accident.

En définitive, il n'est pas possible en l'occurrence de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un facteur extérieur et extraordinaire à l'origine de l'atteinte présentée par l'assuré. Les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont dès lors pas remplis.

On ne saurait par ailleurs reprocher à la CNA un manque d'instruction comme l'invoque le Dr J. _____. Non seulement, l'intimée a contacté la société Z. _____ Sàrl le 13 août 2018 pour avoir des informations supplémentaires, notamment les coordonnées du chef de l'assuré. Mais de plus, elle était en droit de se prononcer sans avoir requis un bilan radiologique dans la mesure où c'est l'existence d'un facteur extérieur et extraordinaire qui était litigieuse, sans que la réalité des atteintes subies ne soit mise en doute.

5. Les éléments au dossier permettent ainsi de statuer sans qu'il apparaisse nécessaire d'entendre les témoins proposés par la recourante.

L'on ne voit en outre pas ce qu'une expertise judiciaire pourrait amener de plus en l'occurrence. Les requêtes de la recourante en ce sens doivent par conséquent être rejetées. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

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 la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 20 février 2019 est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- R. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :