

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 mai 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffière : Mme Popescu

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

N. _____, à [...], intimée.

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

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, travaille comme maître d'enseignement post-obligatoire au [...], pour le compte de l'Etat de Vaud et est, à ce titre, assuré auprès de N._____ (ci-après : N._____, l'assurance ou l'intimée) contre les accidents.

Par déclaration d'accident LAA du 10 septembre 2018, l'employeur du prénommé a annoncé à N._____ qu'en raison de pressions répétées sur le genou droit de l'assuré, une bursite s'était formée en date du 8 août 2018 et s'était infectée par la suite, ce qui avait nécessité une ablation. Il ressort également de ladite déclaration que l'intéressé a été mis en arrêt de travail du 18 août 2018 au 30 septembre 2018.

Le 20 août 2018, la Clinique [...], à [...], a envoyé à N._____ une demande de garantie d'hospitalisation.

Répondant le 14 septembre 2018 à un questionnaire transmis par N._____, l'assuré a expliqué que, le 8 août 2018, en dormant sur un sol dur, une bursite s'était formée sur son genou droit, ajoutant que celle-ci s'était par la suite infectée et avait formé un abcès. Il a précisé que les douleurs étaient apparues pour la première fois le lendemain. Au surplus, il a déclaré qu'il s'agissait, selon lui, d'une activité qui s'était déroulée dans des circonstances extérieures normales, sans qu'un événement particulier ne se soit produit.

Après que l'assurance a interpellé le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, les 11 septembre 2018, 30 octobre 2018, 4 février 2019 et 23 mai 2019, la Clinique [...] lui a transmis, le 27 mai 2019, une copie du protocole opératoire et de la lettre de sortie relatifs à l'intervention réalisée le 18 août 2018. Du protocole précité, daté du 4 décembre 2018, on extrait notamment ce qui suit :

« **Diagnostic :**

- **Abcès sous-cutané infecté de la tubérosité tibiale jambe droite**

Opération :

- **Incision, drainage, rinçage de l'abcès de la région de la tubérosité tibiale jambe droite ».**

Par courriel du 2 juin 2019, l'assuré s'est adressé à l'assurance en ces termes :

« En complément d'information, suite à votre courrier du 23 mai 2019 et aux échanges téléphoniques que j'ai eu[s] avec Mme H._____, je confirme que j'ai initialement été vu par le Dr G._____ à [...] [...] en raison d'une infection à un hygroma du genou droit, vraisemblablement provoquée après avoir marché sur une échine. »

Dans son rapport médical initial LAA établi le 17 juin 2019, le Dr G._____, médecin praticien, a indiqué que l'assuré avait consulté le 14 août 2018 pour les motifs suivants : « [a]rthralgies, myalgies (ancienne) ». Il a posé le diagnostic de bursite du genou droit et indiqué sous anamnèse : « [d]epuis 1 semaine, dlr au genou droit. Pas de choc, sans faux mouvement. Connu pour Ozgud schlatter ddc et bursite à l'arrière du genou D.. Au début jambe du genou à la cheville œdématisée après une soirée bien arrosée. Œdème persistant au niveau de la rotule avec dlrs sur le compartiment externe. Mobilité conservée. »

Dans un document du 16 juillet 2019 intitulé « Procès-verbal de la séance médicale », le Dr Z._____, médecin-conseil auprès de N._____, a également posé le diagnostic de bursite du genou droit et considéré qu'il n'y avait pas lieu de retenir une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Par décision du 13 août 2019, l'assurance a refusé la prise en charge de l'événement du 8 août 2018 au motif qu'il ne correspondait ni à un accident au sens juridique du terme, faute de cause extérieure extraordinaire, ni à une lésion corporelle au sens de la disposition légale précitée. Elle a ainsi conclu que le cas relevait de la compétence de l'assurance-maladie.

Le 2 septembre 2019, l'intéressé a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Estimant que l'échine [recte : écharde] infectée devait être considérée comme extraordinaire, et donc qu'il s'agissait d'un accident pour lequel N._____ devait intervenir, il s'est déterminé comme suit :

« [...] Il est vrai que dans ma description de l'événement le 14 septembre 2018 , j'ai parlé d'une bursite qui s'est formée sur mon genou droit en dormant sur un sol dur .

A ce propos , j'ai été induit en erreur par le diagnostic faussement rassurant qui a été posé le 14 août 2018 par le Docteur G._____ , qui m'a même précisé que j'avais souffert de la maladie du carreleur !

Or , ce diagnostic s'est avéré non seulement lacunaire mais surtout erroné .

En effet , une simple bursite ne peut pas à elle seule provoquer l'infection sévère qui a suivi et qui a nécessité une intervention en urgence à la Clinique [...] .

Il y a donc nécessairement eu une introduction d'un microbe dans mon organisme et c'est en cherchant dans mes souvenirs que je me suis rappelé que je m'étais planté une échine en bois dans le pied droit sur un voilier au début du mois d'août au [...] .

J'avais certes retiré cette échine et désinfecté la plaie mais apparemment cela n'a pas été suffisant . C'est d'ailleurs ce que je vous ai précisé dans mon mail du 2 juin 2019 . »

Par décision sur opposition du 7 novembre 2019, l'assurance a rejeté l'opposition précitée et maintenu sa décision du 13 août 2019. Elle a estimé, en substance, qu'au vu des réponses apportées par l'intéressé au sujet de l'événement du 8 août 2018 et de la jurisprudence en la matière, la condition de cause extérieure extraordinaire faisait défaut, de sorte que l'événement en question ne constituait pas un accident au sens juridique du terme. L'assurance a également souligné que la condition de soudaineté n'était pas donnée puisque, selon le questionnaire rempli par l'assuré le 14 septembre 2018, la bursite était apparue pendant la nuit. L'assurance a relevé que si l'assuré avait certes ajouté, au stade de l'opposition, qu'il se rappelait s'être planté une écharde en bois dans le pied droit, il s'agissait toutefois d'une nouvelle version. Il y avait donc lieu de s'en tenir à la première version donnée par l'assuré, selon laquelle la

bursite était apparue alors qu'il dormait sur le sol. Enfin, elle a constaté que la lésion corporelle dont avait souffert l'intéressé ne figurait pas dans la liste des lésions énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA.

B. Par acte du 22 novembre 2019, A._____ a déféré la décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à l'annulation de cette décision et à l'octroi de prestations de la part de l'assurance-accidents. Il déclare avoir remarqué un œdème à sa cheville droite, ainsi qu'une enflure au genou droit à son retour du [...] le 12 août 2018 et soutient ce qui suit :

« [...] ce facteur extérieur (échine infectée) doit être considéré comme extraordinaire car il excède , dans mon cas , le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels . On ne se trouve plus en présence d'incidents ou de péripéties de la vie courante et on est bien en présence d'un accident pour lequel l'assureur accident doit intervenir .

[...]

Je précise d'ailleurs que mon mail du 2 juin 2019 est largement antérieur aux décisions de N._____ des 13 août et 7 novembre 2019 , donc bien avant que je puisse connaître les conséquences juridiques de mes déclarations.

Par surabondance , l'atteinte dommageable a bien été soudaine et s'est produite pendant une durée bien déterminée et relativement brève , avec un élément matériel extérieur (échine) . »

Parmi les pièces jointes en annexe figurait notamment un rapport médical du 14 août 2018 établi par le Dr G._____. Il ressort de ce document que l'intéressé ressentait des douleurs au genou droit depuis une semaine et qu'un œdème était apparu après une soirée bien arrosée.

Par réponse du 10 février 2020, l'intimée a maintenu sa position. Elle a en particulier considéré que l'explication de l'assuré selon laquelle il y avait nécessairement eu l'introduction d'un microbe dans son organisme était une affirmation purement gratuite, dès lors qu'aucun médecin n'avait mentionné cette écharde. Elle a ajouté que cette version était d'autant moins probante que l'écharde se serait introduite dans le pied, alors que l'infection se situait au niveau du genou.

Le 2 mars 2020, le recourant a répliqué qu'une écharde plantée dans le pied pouvait provoquer une infection au niveau du genou, se réservant de requérir la mise en œuvre d'une expertise. Il a par ailleurs sollicité l'audition du Dr P._____. Au surplus, il a conclu au remboursement des frais médicaux encourus, d'un montant de 2'366 fr. 40, avec intérêts à 5% dès le 22 novembre 2019. En annexe, il a produit divers documents, dont notamment des photographies de son mollet et de son genou droit.

Par duplique du 17 mars 2020, l'intimée a maintenu sa position. Elle a en particulier constaté qu'aucune pièce médicale ne faisait mention d'une écharde qui se serait plantée dans le pied et a rappelé que tant la présence d'une écharde, que l'éventuelle relation de causalité entre une écharde et les troubles du genou droit, n'étaient pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante.

Par écriture du 2 avril 2020, l'intéressé a versé en cause un courriel du 16 mars 2020 rédigé par un dénommé T._____ et sollicité l'audition de celui-ci. Aux termes de ce courriel, le prénommé a certifié avoir été témoin de la scène dans laquelle l'assuré s'était planté une écharde au pied droit en août 2018.

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). 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) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'intimée, en tant qu'assureur-accidents, doit prendre en charge les suites de l'accident survenu le 8 août 2018. Il y a ainsi lieu d'examiner, ci-après, si les conditions de l'art. 6 al. 1 ou al. 2 LAA sont remplies.

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. Il suffit que l'un des cinq éléments fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références citées).

b) Le critère de la soudaineté fixe un cadre temporel. Si l'atteinte dommageable ne doit pas nécessairement durer qu'un instant, elle doit cependant se dérouler sur une période relativement courte. L'atteinte doit survenir soudainement et revêtir un caractère unique (TF 8C_39/2014 du 12 novembre 2014 consid. 4.2 et les références).

c) 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. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède 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 et les références). Ce qui est déterminant, c'est que le facteur extérieur s'écarte de la mesure ordinaire et normale dans laquelle les influences de l'environnement agissent sur le corps humain (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1).

Le point de savoir si le caractère extraordinaire du facteur extérieur est donné dans une situation particulière doit être examiné de manière objective. Les facultés et capacités individuelles de l'individu concerné ne doivent pas être prises en considération ; en particulier, on ne saurait nier le facteur extérieur au seul motif que l'individu avait l'habitude d'exercer l'activité en cause dans le cas particulier ou s'entraîne à éviter une conséquence dommageable pour son intégrité corporelle. Il faut réserver les cas dans lesquels la lésion est la conséquence d'un simple effort consenti dans une activité ordinaire ou habituelle pour l'assuré (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 95, p. 923*).

4. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées

5. a) En l'espèce, la déclaration d'accident LAA du 10 septembre 2018 relate qu'en raison de pressions répétées sur le genou droit de l'intéressé, une bursite s'est formée et s'est infectée par la suite. Ces éléments ont été corroborés par le recourant dans les réponses qu'il avait fournies en date du 14 septembre 2018. Il a par ailleurs souligné qu'il s'agissait, pour lui, d'une activité qui s'était déroulée dans des conditions normales, sans qu'un événement particulier ne se soit produit. Les rapports médicaux établis le 14 août 2018 et le 17 juin 2019 par le G._____ confirment également les faits décrits dans la déclaration d'accident susmentionnée, en relevant notamment que l'incident du 8 août 2018 ne résultait ni d'un choc, ni d'un faux mouvement.

Il n'existe dès lors aucun facteur extérieur extraordinaire déterminé qui pourrait être considéré comme étant à l'origine de la douleur ressentie par l'assuré au mois d'août 2018.

b) Postérieurement aux premières déclarations, l'assuré a soutenu, par courriel du 2 juin 2019, que son infection au genou droit avait vraisemblablement été provoquée après avoir marché sur une écharde. Il a spécifié, en date du 2 septembre 2019, qu'il avait été induit en erreur par le diagnostic faussement rassurant qui avait été posé le 14 août 2018 par le Dr G._____, qui lui avait même précisé qu'il avait souffert de la maladie du carreleur. Il a par ailleurs souligné qu'une simple bursite ne pouvait provoquer, à elle-seule, l'infection sévère qui avait suivi et estimé qu'il y avait donc nécessairement eu l'introduction d'un microbe dans son organisme lors de cet incident au début du mois d'août au [...]. Sur ce point, il a en outre relevé que son courriel du 2 juin 2019 avait été transmis antérieurement aux décisions de l'intimée des 13 août et 7 novembre 2019, soit bien avant qu'il puisse connaître les conséquences juridiques de ses déclarations (mémoire de recours du 22 novembre 2019).

Cela étant, il y a lieu de se référer à la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", qui s'applique de manière générale en droit des assurances sociales et selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; TF 9C_201/2019 du 28 octobre 2019 consid. 5.3). Au cas d'espèce, cette règle de preuve commande donc de s'en tenir aux premières déclarations de l'assurée.

A cela s'ajoute qu'aucune pièce médicale ne fait mention d'une écharde qui se serait plantée dans le pied de l'assuré et, à plus forte raison, ne met les troubles résultant de l'incident du 8 août 2018 en lien avec une telle écharde. Au surplus, l'affirmation de l'assuré à ce sujet ne repose sur aucun élément concret, de sorte qu'il convient de constater que celle-ci n'était qu'une pure supposition. En effet, ni les photographies versées en cause, ni le courriel du 16 mars 2020 - qui ne fait que valider la thèse de l'écharde - n'apportent d'éléments concrets permettant

d'établir un lien entre l'écharde et les troubles précités. Il s'ensuit que, même si cette version devait être retenue, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles au niveau du genou droit, pour lesquels l'assuré a consulté le 14 août 2018, soient en relation de causalité avec l'écharde plantée dans le pied droit.

Cela étant, le fait que l'assurance ait commis une erreur de date en relevant que le recourant n'avait invoqué l'écharde qu'au stade de l'opposition du 2 septembre 2019 (décision sur opposition du 7 novembre 2019) ne porte pas à conséquence.

c) Par surabondance de droit, on relèvera qu'il importe peu de savoir si la douleur a été ressentie pour la première fois le lendemain du jour de l'incident (questionnaire du 14 septembre 2018) ou au retour de l'assuré du [...] le 12 août 2018 (mémoire de recours du 22 novembre 2019). En effet, dans les deux cas, le critère de la soudaineté n'est pas réalisé.

d) En conséquence, en l'absence de l'un des critères de la notion d'accident (consid. 3a *supra*), l'événement du 8 août 2018 ne peut être qualifié d'accident et n'était donc pas de nature à faire naître un droit aux prestations de l'intimée.

6. Il y a enfin lieu de déterminer si les conditions de l'art. 6 al. 2 LAA sont remplies dans le cas d'espèce.

L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2017, prévoit que l'assurance-accidents 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 : 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). 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 Umsetzungs *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, soit dans une proportion de plus de 50 % (TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.2.2.1 et 8.6).

7. a) En l'espèce, le Dr G. _____ a posé le diagnostic de bursite du genou droit, ce qui a été confirmé par le Dr Z. _____ en date du 16 juillet 2019. Ainsi, contrairement à ce que semble croire le recourant, aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé de ce diagnostic, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Il n'y a également pas lieu de remettre en question le diagnostic d'abcès sous-cutané posé par le Dr P. _____.

b) Au vu de ce qui précède, le recourant ne présente aucune atteinte figurant dans la liste exhaustive de l'art. 6 al. 2 LAA. C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé d'allouer des prestations pour les suites de l'événement du 8 août 2018.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (expertise médicale et auditions de témoins [réplique du 2 mars 2020 et courrier du 2 avril 2020]) seraient 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).

9. a) En conclusion, le recours est rejeté et la décision sur opposition rendue le 7 novembre 2019 par N. _____ 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 juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 7 novembre 2019 par N._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- A._____,
- N._____,
- 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 :