

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/405/2017

ATAS/46/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 janvier 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37,
WINTHERTHUR, représentée par Swica assurance-maladie SA,
direction générale de Lausanne, avenue Mon Repos 22,
LAUSANNE

intimée

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christian PRALONG et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1989, exerce à plein temps la profession d'assistante gouvernante générale au service de B_____ SA (ci-après : l'employeur). À ce titre, elle est assurée auprès de Swica Assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Selon une déclaration d'accident-bagatelle LAA, complétée par l'employeur le 27 avril 2016, l'assurée avait ressenti, deux jours plus tôt une douleur au dos après avoir porté un sac de linge dans le cadre de son activité professionnelle.
3. Consultée par l'assurée le jour de l'accident, la doctoresse C_____, médecin praticien au centre médico-chirurgical de Chantepoulet, lui a délivré un certificat d'arrêt de travail complet pour cause de maladie du 25 au 27 avril 2016, prolongé le 28 avril jusqu'au 3 mai 2016.
4. Dans un rapport médical non daté, reçu par l'assureur le 23 août 2016, la Dresse C_____ a posé le diagnostic de lombalgie/dorsalgie et de probable contracture musculaire. Selon les indications qu'elle avait données à ce médecin, l'assurée avait fourni, le 25 avril 2016, un effort marqué au travail, suivi d'une douleur dorsale aiguë avec limitation. À l'examen, la Dresse C_____ avait pu constater une limitation à la flexion. Les constatations radiologiques étaient sans particularité. Pour illustrer ce point, la Dresse C_____ a joint à son envoi un rapport radiologique du 25 avril 2016. Selon le docteur C_____, radiologue FMH, les radiographies de la colonne dorsale, réalisées de face et de profil, mettaient en évidence une petite scoliose à convexité droite au niveau thoracique et médian. Il n'existait pas de tassement vertébral ni de lysthesis et les pédicules et parties molles para-vertébrales étaient intègres.
5. Invitée à donner une « description exacte de l'accident » par l'assureur, l'assurée a mentionné le 26 août 2016 qu'elle avait soulevé un sac rempli de linges sales pour le mettre dans un chariot et qu'à ce moment-là, elle avait senti une douleur très forte au dos. L'effort accompli n'avait été accompagné ni d'un coup ni d'une chute ni d'une glissade. Son arrêt de travail avait duré approximativement une semaine à compter du 25 avril 2016 et son traitement médical (physiothérapie) avait pris fin au terme d'un mois et demi environ.
6. Par décision du 27 septembre 2016, l'assureur a fait savoir à l'assurée qu'elle ne pouvait pas prétendre à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec l'événement du 25 avril 2016, motif pris que les faits survenus à cette date n'étaient pas constitutifs d'un accident et qu'ils ne lui avaient pas non plus causé de lésion corporelle assimilée à un accident.
7. Le 14 octobre 2016, l'assurée a formé opposition à cette décision en faisant valoir que celle-ci était « précipitée et infondée ». Aussi l'assurée a-t-elle invité l'assureur à s'adresser à la Dresse C_____ en vue de l'obtention d'un rapport médical complémentaire.

8. Par pli du 6 décembre 2016, l'assureur a fait savoir à l'assurée que son courrier du 14 octobre 2016 ne respectait pas les conditions de recevabilité d'une opposition dès lors qu'il n'était pas signé. Sur le fond, l'assureur a considéré que le fait de soulever un sac rempli de linges sales pour le mettre dans un chariot ne constituait pas un accident au sens légal du terme.
9. Le 19 décembre 2016, l'assureur a reçu un courrier identique à celui du 14 octobre 2016, à ceci près qu'il était assorti de la mention « Signé à Genève le 14 octobre 2016 par [l'assurée] » et d'une signature.
10. Par décision du 10 janvier 2017, l'assureur a rejeté l'opposition en faisant valoir que l'instruction du cas avait permis d'établir que l'assurée n'avait été victime ni d'un accident ni d'une lésion corporelle assimilée. Aussi n'était-il pas nécessaire d'interroger une nouvelle fois la Dresse C_____.
11. Le 2 février 2017, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant en substance à son annulation.

À l'appui de ses conclusions, elle a reproché à la Dresse C_____ de ne pas l'avoir écoutée malgré des « douleurs très aiguës et fulgurantes localisées en un endroit bien précis » qui auraient dû conduire cette praticienne sur la piste d'une lésion assimilée à un accident. En effet, la zone douloureuse était caractérisée par l'intersection de trois muscles, à savoir le trapèze en surface et, plus en profondeur, les rhomboïdes mineur et majeur. Ces muscles étaient susceptibles d'avoir souffert d'une lésion lors du soulèvement du sac rempli de linges sales.

12. Le 6 février 2017, la chambre de céans a restitué à la recourante son écriture du 2 février 2017 en l'invitant à la retourner dûment signée.
13. La recourante s'est exécutée le 8 février 2017 mais a adressé son envoi à l'intimée.
14. Le 21 février 2017, la recourante a réadressé son recours, revêtu de sa signature, à la chambre de céans en l'accompagnant d'un rapport du 19 décembre 2016 du docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie. Il en ressort qu'un examen échographique de la région dorsale moyenne avait révélé, le 19 décembre 2016, une discrète asymétrie du muscle érecteur du rachis à droite, lequel était légèrement plus volumineux mais de structure homogène, sans hyperhémie localisée. Ceci était peut-être la résultante d'un ancien status traumatique.
15. Par réponse du 20 mars 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours en reprenant en substance l'argumentation développée dans la décision querellée.
16. Par réplique du 13 avril 2017, la recourante a soutenu que le diagnostic de lombalgie et dorsalgie posé par la Dresse C_____ était le fruit d'un examen superficiel du cas. Elle a également fait grief à l'intimée d'avoir tardé à se procurer le dossier médical auprès de ce médecin, ce qui était d'autant plus ennuyeux que le temps écoulé avait permis d'effacer toute trace de la lésion musculaire subie. En outre, ce retard avait réduit à néant ses chances de mener des analyses et investigations complémentaires pour mettre en évidence une erreur de diagnostic de

la part de la Dresse C_____. Enfin, la recourante a produit un rapport non daté établi par Monsieur E_____. Selon ce physiothérapeute, la recourante avait été en traitement à son cabinet du 2 mai au 30 juin 2016, suite à une élongation traumatique « vraisemblablement du ligament ilio-lombaire » qui faisait suite à un effort.

17. Le 16 mai 2017, l'intimée a dupliqué en faisant valoir, facture médicale à l'appui, que la consultation donnée le 25 avril 2016 par la Dresse C_____ avait duré environ trente minutes au cours desquelles des injections de Diprophos et d'Ecofenac avait été administrées et des radiographies de la colonne dorsale effectuées. De plus, les 27 et 28 avril 2016, deux consultations médicales d'une durée de vingt minutes chacune avaient eu lieu. Quant aux élongations ou fissures des fibres musculaires alléguées, elles ne représentaient jamais que des hypothèses simplement évoquées par la recourante mais qui n'étaient étayées par aucun rapport médical. Enfin, l'intimée a estimé qu'on avait beau lui reprocher d'avoir tardé à se procurer le dossier médical auprès de la Dresse C_____, cela ne changeait rien au fait que la recourante avait évoqué une éventuelle élongation du muscle qu'après la notification de la décision querellée et qu'avant cela, elle n'avait pas estimé utile de consulter un médecin qui aurait pu procéder à un examen échographique et/ou IRM afin de mettre en évidence une erreur de diagnostic. Indépendamment de ces considérations, force était de constater que même dans l'hypothèse d'une lésion musculaire, l'événement du 25 avril 2016, tel qu'il avait été décrit, ne présentait pas un risque de lésion accru.
18. Invitée à réagir à cette écriture, la recourante a observé le 9 juin 2017 qu'on ne pouvait attendre d'un individu raisonnable qu'il se rende immédiatement auprès d'un autre médecin pour recueillir un second avis médical. Par ailleurs, même si la durée de la première consultation donnée par la Dresse C_____ ne méritait pas le qualificatif d'expéditive, il n'en restait pas moins qu'elle n'avait pas été à l'écoute des symptômes décrits par sa patiente.
19. Le 13 juin 2017, une copie de cette écriture a été transmise à l'intimée.
20. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents relative à une prestation prévue par la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n’y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

À teneur de l’art. 89B al. 1 LPA, la demande ou le recours est adressé en deux exemplaires à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice soit par une lettre, soit par un mémoire signé, comportant notamment un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués et des conclusions. Si l’acte n’est pas conforme à ces règles, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice impartit un délai convenable à son auteur pour le compléter en indiquant qu’en cas d’inobservation, la demande ou le recours est écarté (art. 89B al. 3 LPA).

c. Conformément au principe de l’interdiction du formalisme excessif en matière de droit des assurances sociales, le juge saisi d’un recours ne doit pas se montrer trop strict lorsqu’il s’agit d’apprécier la forme et le contenu de l’acte de recours. À cet égard, la jurisprudence a précisé qu’il y a lieu d’accorder un délai convenable en application de l’art. 61 let. b LPGA non seulement dans les cas où l’acte de recours est insuffisamment motivé mais aussi en l’absence de toute motivation, pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours ; demeure réservé l’abus de droit (ATF 134 V 162; arrêt 9C_248/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et les références).

d. En l’occurrence, suite à la communication de la chambre de céans du 6 février 2017 qui l’invitait à remédier à l’informalité constatée – absence de signature de l’acte de recours – d’ici au 17 février 2017, la recourante s’est bien exécutée dans le délai imparti mais elle a adressé l’acte de recours, désormais signé, non pas à la chambre de céans mais à l’intimée le 8 février 2017. Force est toutefois de constater que s’il existe une erreur d’adressage sur le récépissé postal du même jour, l’adresse mentionnée en tête du recours est bien celle de la chambre de céans. En outre, l’acte en question fait clairement ressortir l’intention de la recourante de recourir contre la décision du « 12 janvier 2017 » (recte : 10 janvier 2017). On rappellera également que si un acte est adressé à une autorité et qu’il y a un doute quant au point de savoir s’il s’agit d’un recours, il incombe à l’autorité en question de le communiquer sans délai à l’autorité de recours, comme objet de sa compétence. C’est à cette dernière qu’il appartient en effet de se prononcer et d’interpeller, le cas échéant, l’assuré (cf. notamment ATAS/1061/2017 et ATAS/1010/2014).

En l’espèce, l’intimée n’a pas transmis à la chambre de céans le pli qui lui avait été adressé le 8 février 2017. Dans ces circonstances, une telle omission ne permet pas de considérer que l’écriture que la recourante a fait parvenir une nouvelle fois à la chambre de céans le 21 février 2017 serait seule déterminante, à plus forte raison

que cet acte ne fait que confirmer la volonté de recourir déjà manifestée le 8 février 2017 directement auprès de l'intimée.

La chambre de céans considérera donc que la recourante a valablement remédié à l'absence de signature de son écriture dans le délai imparti à cet effet. Pour le surplus, son envoi satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

e. Son recours sera donc déclaré recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations LAA en raison des troubles dont elle a souffert au dos suite à l'événement du 25 avril 2016.
3. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront dès lors citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (aLAA et aOLAA).

4. a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

b. Suivant la définition même de l'accident, 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 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

c. Dans un arrêt 8C_746/2012 du 29 octobre 2012, le Tribunal fédéral a considéré qu'on ne pouvait retenir l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire en cas de douleurs dorsales apparues soudainement chez une vendeuse alors que celle-ci transportait des bidons de lessive et des packs de boissons (6 x 1.5 litres), soit des poids représentant au maximum 9 kg (cf. consid. 3.3 de l'arrêt cité), car l'existence d'une cause extérieure sollicitant l'organisme au-delà de ce qui était habituel au quotidien dans ce type d'activité devait être niée. La Haute Cour a ajouté qu'en comparant cet événement à des cas similaires, un effort tout à fait extraordinaire [« ganz ausserordentlicher Kraftaufwand »] n'était pas donné. En effet, pour arriver à la conclusion opposée, des charges nettement plus lourdes auraient été nécessaires. Or, tel n'avait pas été le cas pour le soulèvement d'un sac de 25 kg contenant de la terre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_246/2011 du 25 août 2011 consid. 4.4), d'un haut-parleur de 30 kg (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 65/02 du 13 décembre 2002), d'une dalle en pierre de 85 kg (arrêt du Tribunal fédéral U 7/00 du 27 juillet 2011), d'un radiateur de 100 kg (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 110/99 du 12 avril 2000) et même d'une vitre de 200 kg (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 214/95 du 23 décembre 1996).

d. Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet

(RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1 ; RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

5. a. L'art. 6 al. 2 aLAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 aOLAA, adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 aOLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATF 139 V 327 ; ATF 129 V 466 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2). 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, op. cit., consid. 4.2).

b. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar

de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. À eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent en effet pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 466 consid. 4.2.1. et 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, op. cit., consid. 4.2). Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 2). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid. 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). En outre, la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 362/06 du 4 juillet 2007 consid. 3).

6. a. Le juge des assurances sociales 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). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 126 V 322 consid. 5a).

b. Le Tribunal fédéral a exposé dans un arrêt de principe que de l'avis de certains médecins, un lumbago (ou lombalgie aiguë) représente une atteinte fonctionnelle portée à un ou plusieurs segments de la colonne vertébrale, sans que des lésions organiques (au sens de lésions corporelles assimilées à un accident) ne soient données. En effet, la guérison souvent rapide d'un lumbago, au moyen de gestes thérapeutiques simples va dans le sens d'une absence de lésion des muscles, tendons et ligaments. En revanche, lorsque des luxations, des déchirures ou claquages musculaires, des déchirures de tendons ou des lésions de ligaments existent sous forme de lésions dans la zone de la colonne vertébrale et reflètent simultanément les signes cliniques d'un lumbago, il s'agit souvent des conséquences de causes extérieures importantes (directes ou indirectes) qui remplissent les critères d'un accident au sens légal du terme (cf. art. 4 LPGA). D'autres médecins considèrent en revanche qu'en cas de lumbago, la preuve de l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA serait pratiquement impossible et que l'on pourrait seulement constater, d'un point de vue radiologique, si une colonne vertébrale présente des signes d'usure allant au-delà du simple vieillissement. Pour d'autres médecins encore, la preuve de l'existence d'une lésion assimilée à un accident ne serait pas possible parce qu'en cas de lombalgie aiguë, des lésions corporelles assimilées à un accident seraient soit inexistantes, soit impossibles à prouver avec les moyens diagnostiques disponibles (ATF 116 V 145 consid. 3c). Selon le Tribunal fédéral, il s'ensuit, au-delà des divergences médicales exprimées, que si un lumbago (ou lombalgie aiguë) constitue la constatation principale, la preuve d'une lésion musculaire, tendineuse ou ligamenteuse est pratiquement impossible. Dès lors que cette preuve ne peut guère être apportée sur le plan médical, un lumbago (ou lombalgie aiguë) ne peut pas non plus tomber sous une des lésions corporelles assimilées à un accident figurant sur la liste de l'art. 9 al. 2 aOLAA. En revanche, dans certains cas particuliers, s'il existe des indices suivant lesquels il existerait, outre un lumbago (ou lombalgie aiguë), des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA qui constituent un diagnostic autonome, il incombe à l'assureur, respectivement au juge, en cas de litige, de clarifier la situation en vertu de la maxime inquisitoire. Par ce biais, on n'exclut pas d'emblée que dans un cas atypique, une lésion corporelle assimilée à un accident se cache derrière le diagnostic ambigu de lumbago (ou lombalgie aiguë). Si tel est le cas, la preuve d'une telle lésion doit être apportée au degré de la vraisemblance prépondérante. Cela étant, des lésions corporelles assimilées à un accident diagnostiquées avec un lumbago (ou lombalgie aiguë) ne sauraient entraîner une obligation de prester de l'assureur-accidents lorsque celles-ci représentent des constatations accessoires. En effet, en présence d'un tableau clinique pouvant être décrit au moyen de plusieurs diagnostics, il est nécessaire de se fonder sur la constatation principale, le diagnostic principal pour déterminer qui de

l'assureur-accidents ou de l'assureur-maladie est compétent (ATF 116 V 145 consid. 4d et les références citées).

c. D'après la jurisprudence, il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini, sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables – la simple possibilité ne suffit pas –, le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident. Les mêmes principes sont applicables, logiquement, en ce qui concerne la preuve d'une lésion assimilée à un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_784/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2).

d. 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 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

7. a. En l'espèce, il ressort des déclarations constantes de la recourante qu'en date du 25 avril 2016, celle-ci a soulevé un sac rempli de linges sales pour le mettre dans un chariot et qu'à ce moment, elle a ressenti une très forte douleur au dos. Elle a également précisé que ce geste n'avait été accompagné ni d'un coup ni d'une chute ni d'une glissade. Il est ainsi établi que le soulèvement du sac n'a pas été influencé par un mouvement non coordonné. Il convient dès lors d'examiner si à défaut de mouvement non coordonné, l'atteinte à la santé qui a fait suite à l'effort accompli peut être néanmoins qualifiée d'extraordinaire. Tel ne saurait être le cas. En effet, pour une femme travaillant dans l'hôtellerie, âgée de 27 ans au moment des faits, se disant elle-même de « corpulence athlétique » (cf. recours p. 2), on peut partir du principe que le fait de soulever un sac rempli de linges sales pour le placer dans un chariot constitue un événement quotidien et habituel. Même si l'instruction du cas conduite par l'intimée ne permet pas de connaître le poids du sac soulevé, il y a tout lieu de penser qu'en l'absence d'indication de la recourante au sujet d'une charge inhabituelle, le poids de ce sac ne nécessitait pas un « effort extraordinaire » au sens admis par la jurisprudence (cf. ATF 116 V 139 consid. 3b). On rappellera à cet égard que le Tribunal fédéral a nié la réalisation d'un tel effort à maintes reprises, même pour le soulèvement de charges très lourdes dont le poids dépassait de loin celui d'un sac à linges dont le maniement constitue une opération courante pour une femme de chambre en milieu hôtelier (cf. ci-dessus : consid. 4c). Dans ces circonstances, le caractère accidentel de l'événement doit être nié.

b. Dès lors que la recourante soutient avoir été victime d'une « très probable lésion musculaire », il convient à présent d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 9 al. 2 aOLAA.

Selon le rapport de la Dresse C_____, reçu par l'intimée le 23 août 2016, la recourante a souffert d'une lombalgie/dorsalgie et probablement d'une contracture musculaire à la suite de l'événement du 25 avril 2016. Quant aux constatations radiologiques effectuées le même jour, elles se sont révélées sans particularités. Force est de constater sur la base de ce rapport, mais aussi de la reprise du travail à plein temps environ une semaine après l'apparition de l'atteinte, qu'il n'existait pas d'indices laissant à penser que la recourante aurait été victime d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, étant précisé que cela vaut également pour la probable contracture musculaire évoquée par la Dresse C_____ (cf. arrêt du Tribunal des assurances U 206/99 du 24 janvier 2000 consid. 1c). Dans ces circonstances, on ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas avoir réclamé de rapport complémentaire à ce médecin, quand bien même la recourante avait adressé une telle demande à l'intimée dans son opposition des 14 octobre et 19 décembre 2016. Partant, en l'absence d'indices en faveur d'une lésion assimilée à un accident, il incombait à la recourante elle-même de rendre plausible la survenance d'une telle lésion (cf. ci-dessus : consid. 6b et c). Au demeurant, quoi qu'en dise la recourante – dont il y a lieu de penser qu'elle connaissait le diagnostic de la Dresse C_____ au plus tard à l'issue de la consultation du 28 avril 2016 –, il lui était tout à fait loisible, au vu de son désaccord avec ce médecin et du mécontentement manifesté à son égard, de consulter immédiatement un autre praticien pour obtenir un deuxième avis médical sur la question.

Quoi qu'il en soit, les thèses médicales que la recourante développe elle-même en autodidacte dans son recours ne sont pas aptes à prouver une déchirure musculaire au sens de l'art. 9 al. 2 let. d aOLAA. Quant au rapport non daté de M. E_____, physiothérapeute, produit près d'une année après l'événement litigieux, il n'est pas non plus de nature à rendre vraisemblable une lésion ligamentaire au sens de l'art. 9 al. 2 let. g aOLAA, que ce soit sous forme de diagnostic autonome ou principal (cf. ci-dessus : consid. 6b). En effet, cet intervenant n'est pas médecin et il paraît pour le moins hasardeux que celui-ci conclue à l'existence d'une lésion ligamentaire pour le simple motif que le traitement anti-inflammatoire suivi « a été un traitement anti-inflammatoire classique lors de lésions ligamentaires traumatiques ». Du reste, à l'examen des pièces du dossier, il apparaît que la Dresse C_____ a effectivement prescrit un traitement par AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens ; cf. pce 7 intimée), mais en lien avec le diagnostic qu'elle a elle-même posé, lequel ne fait nullement état d'une lésion ligamentaire.

Quant au rapport du 19 décembre 2016 du Dr D_____, produit le 21 février 2017, il fait simplement état d'une discrète asymétrie du muscle érecteur du rachis à droite, ceci étant peut-être la résultante d'un ancien status traumatique. Force est

toutefois de constater qu'il n'est nulle part question d'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA et qu'on ignore de surcroît à quel ancien status traumatique il est fait référence.

c. Compte tenu de ce qui précède, des investigations supplémentaires – que la recourante ne requiert du reste pas – n'apporteraient vraisemblablement aucun élément décisif en faveur de la thèse de la recourante, vingt-et-un mois après l'événement du 25 avril 2016. Dans ces conditions, et dès l'instant où l'on en est réduit à de simples hypothèses, la recourante doit supporter les conséquences de l'absence de preuve d'une lésion assimilée à un accident (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_784/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2).

d. Enfin, indépendamment du résultat qu'apporterait de telles mesures d'instruction, une obligation de fournir des prestations sur la base de l'art. 9 al. 2 aOLAA devrait être niée de toute manière dès lors que les déclarations de la recourante ne font pas ressortir l'existence d'une cause extérieure (cf. ci-dessus : consid. 5b) en lien avec l'événement du 25 avril 2016.

8. En conclusion, c'est à bon droit que l'intimée a décliné sa responsabilité pour les suites de cet événement. Le recours, mal fondé, doit être rejeté.

Non représentée et n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait se voir allouer une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA a contrario ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.2.1.). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le