

VD_FINDINFO AA 108/13 - 45/2014 vom 15. April 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_108_13_-_45_2014

FR: VD_FINDINFO AA 108/13 - 45/2014 du 15 avril 2014

IT: VD_FINDINFO AA 108/13 - 45/2014 del 15 aprile 2014

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, MALADIE PROFESSIONNELLE, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE | 9 al. 1 LAA, 9 al. 2 LAA, 9 LAA, 14 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.04.2014 AA 108/13 - 45/2014

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, MALADIE PROFESSIONNELLE, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE | 9 al. 1 LAA, 9 al. 2 LAA, 9 LAA, 14 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 108/13 - 45/2014 ZA13.048087 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 15 avril 2014 _____ Présidence de _____ Mme Di Ferro Demierre ,
juge unique Greffier : M. _____ Germond ***** Cause pendante entre : H. _____ , à
Nyon, recourant, et F. _____ , à Lausanne, intimée. _____ Art. 9 al. 1 et 2
LAA E n f a i t : A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1990, est assuré
auprès de F. _____ (ci-après : la F. _____ ou l'intimée) pour les suites des accidents
professionnels et non professionnels ainsi que des maladies professionnelles du fait de son
emploi, depuis le 19 septembre 2012, en qualité de stagiaire à plein temps, auprès de la
société M. _____ à [...]. Par déclaration d'accident LAA du 10 juin 2013, cet employeur
a annoncé un sinistre survenu en date du dimanche 9 juin 2013 à 12h.30 sur le lieu de
travail de l'assuré, « durant le Brunch au bar [...] ». Le déroulement de cet événement était
décrit comme il suit : “ Monsieur H. _____ débarrassait un plateau très lourd lorsqu'il a
senti une forte douleur au niveau du coude ! Comme une décharge électrique puis une
chaleur et l'immobilisation totale du bras. ” S'agissant des blessures subies, la partie du
corps atteinte était le coude gauche avec pour lésion, une tendinite. H. _____ a alors
immédiatement interrompu son travail. A teneur d'un rapport radiologique établi le 19 juin
2013 par le Dr S. _____, spécialiste en radiologie, des radiographies du coude gauche
(face / profil) et de la main droite (face / oblique) de l'assuré réalisées le 18 juin 2013
avaient permis de faire les constatations suivantes : “ Indications : Douleur post
traumatique. Commentaires : Structure et morphologie osseuse normales. Axes osseux et
rapports articulaires respectés. Lignes graisseuses antérieures et postérieures bien plaquées.
” Dans un rapport initial du 24 juin 2013, le Dr K. _____, spécialiste en médecine
générale, de la Permanence médico-chirurgicale de [...] à [...], ayant prodigué les premiers
soins, a posé le diagnostic de « tendinopathie coude gauche ». Relevant l'absence
d'antécédents, ce médecin indiquait avoir observé un coude gauche diffusément douloureux
avec une extension impossible. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, le Dr
K. _____ l'estimait nulle à partir du 9 juin 2013 et probablement jusqu'au 15 juillet

suivant. Les traitements alors prodigués consistaient en de l'immobilisation, de la physiothérapie et la prise d'antalgiques sans hospitalisation. A l'occasion d'un rapport intermédiaire complété le 23 juillet 2013, le Dr K. _____ a indiqué que le traitement de thérapie avait pris fin le 9 juillet 2013 et qu'au vu d'une évolution favorable de son état de santé, l'assuré avait repris son travail en plein dès le 15 juillet 2013 sans qu'un dommage permanent ne soit à craindre. Le 5 août 2013, l'assuré a répondu en ces termes au questionnaire que lui avait adressé la F. _____ en lien avec son dommage physique : “ [1. Au cours de quelle activité et dans quelles circonstances avez-vous subi des lésions corporelles ?] Durant le brunch au travail, je devais m'occuper du débarrassage. [2. Lieu, date et heure de la survenance de l'événement ?] A Genève, le dimanche 09 juin 2013 à 12h.20 plus ou moins. [3. Quand avez-vous ressenti pour la première fois des douleurs ?] Directement après l'incident. [4. Si les douleurs sont apparues alors que vous souleviez ou portiez une charge : genre et poids de la charge ?] Ce sont des plateaux de débarrassage d'assez grande taille ; celui que j'ai porté ce jour-là était d'environ 60 kg. [5. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? S'est-elle déroulée dans des conditions normales ? Ou s'est-il produit quelque chose de particulier ? (coup, chute, glissade, etc.) Si oui, faites-en une description exacte.] Non il ne s'agissait pas d'une activité habituelle, et elle s'est déroulée dans des conditions normales, c'est simplement la charge qui a été trop lourde pour la distance à parcourir. [6. Qui a été témoin de l'événement] Toute mon équipe de travail plus les clients qui se trouvaient au brunch. [7. Etes-vous de nouveau capable de travailler ? A partir de quand et dans quelle mesure ? Le traitement est-il terminé ?] Le traitement est terminé et il me permet de travailler à nouveau à 100 %, je fais simplement attention avec les charges. A partir du 15 juillet [2013]. [8. Noms de la Caisse-maladie et de l'assureur perte de gain en cas de maladie ? (Si possible section et numéro d'affiliation ou no de police)] F. _____ ” Par décision du 3 septembre 2013, la F. _____ a refusé l'octroi de ses prestations d'assurance s'agissant de la prise en charge des suites de l'événement du 9 juin 2013. Ses constatations s'articulaient notamment en ces termes : “ [...] Les affections qui surviennent à la suite d'efforts volontaires en tirant, portant ou manipulant des objets ne sont pas à considérer comme des événements accidentels en l'absence d'un fait imprévisible ou inattendu d'origine externe comme un coup, une chute ou une glissade. De tels éléments faisant défaut dans le cas présent, il s'ensuit que vous n'avez pas été victime d'un accident. Comme il ne s'agit pas non plus de lésions assimilées à un accident selon l'art. 9.2 de l'ordonnance et que le cas ne constitue pas non plus une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 de la loi, nous devons décliner toute intervention dans cette affaire. Le cas relevant en conséquence de la compétence des assurances-maladie, nous transmettons copie de la présente ainsi que de l'ensemble de votre dossier à votre caisse-maladie, D. _____, à qui vous voudrez bien vous adresser pour la prise en charge de vos frais de traitement. [...] ” Etait jointe en annexe et à la décharge de l'assureur-accidents, une facture d'un montant total de 456 fr. relative à des honoraires pour traitement de physiothérapie (du 26 juin 2013 au 31 juillet 2013) établie par le cabinet du Dr J. _____ à [...]. Le 30 septembre 2013, l'assuré a fait part de son opposition à l'encontre de la décision de non prise en charge précitée. Il précisait en lien avec le déroulement des faits que le plateau était le jour en question trop lourd en regard de la distance à parcourir et que c'était donc en étant resté trop longtemps à porter cette charge que son coude gauche s'était subitement bloqué et mis à brûler. Il ajoutait que durant le trajet entre la salle et le « back-office » il avait dû s'adonner à une halte sans pose du plateau. Pour le surplus, l'assuré sollicitait un réexamen de son cas, d'avis que celui-ci était en réalité constitutif

d'un accident professionnel entraînant la couverture de l'entier des frais liés au traitement entrepris ainsi que la perte de salaire subie suite à l'événement en question. Le 4 octobre 2013, la F. _____ a retourné à la Dresse A. _____, spécialiste en médecine interne à [...], une facture du 27 septembre 2013 d'un montant total de 109 fr. 35 concernant des frais liés au traitement prodigué du 8 août 2013 au 27 septembre 2013 à l'assuré. Au terme de sa décision sur opposition du 7 octobre 2013, la F. _____ a maintenu sa décision de refus rendue le 3 septembre 2013 et rejeté l'opposition de l'assuré. L'assureur-accidents a en particulier retenu ce qui suit en relation avec le cas particulier : “ 2.3 Au vu des faits qui précèdent — au demeurant non contestés — il s'avère que l'événement est survenu lors du transport d'un plateau de vaisselle et de couverts d'un poids important et sur une certaine distance. Il s'agit-là toutefois d'une activité usuelle dans la restauration et la condition du facteur dommageable extérieur de caractère extraordinaire fait dans ces conditions manifestement défaut, s'agissant d'une utilisation normale de l'organisme, sans “défaut de programmation” et non susceptible de générer un risque de lésion accru. Il s'ensuit que les circonstances qui ont donné naissance à l'atteinte dommageable ne relèvent pas d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]. 2.4 Selon l'art. 9.2 OLAA [Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, RS 832.202], «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: a) les fractures; b) les déboîtements d'articulation ; c) les déchirures du ménisque ; d) les déchirures de muscles ; e) les elongations de muscles ; f) les déchirures de tendons ; g) les lésions de ligaments ; h) les lésions du tympan ». Le diagnostic posé dans ce cas ne correspondant à aucune des catégories énumérées ci-dessus — une “tendinopathie” n'étant pas assimilable aux “déchirures de tendons” de l'article 9.2 lettre f) OLAA — il est superflu d'examiner ici si les autres critères de prise en charge sont remplis en l'espèce. 2.5 Il ne s'agissait pas non plus d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9.2 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20] dans la mesure où cette disposition présuppose que la maladie résulte de l'exposition d'une certaine durée — en semaines ou en mois au minimum — au risque professionnel et constitue en outre un risque typique ou inhérent de la profession exercée. Un événement unique et, par conséquent un simple rapport de simultanéité, ne suffit pas. 2.6 Quand bien même le genre d'événement ici en cause pourrait-il être dit accidentel au sens du langage courant ou même du langage médical, il n'en demeure pas moins que si – comme ici – l'on a affaire ni à un accident, ni à une lésion assimilée à une lésion accidentelle, ni à une maladie professionnelle au sens des art. 4 LPGa, 9.2 OLAA et 9 LAA, le cas n'est pas du ressort de l'assurance-accidents obligatoire, mais uniquement de l'assurance-maladie. Cette jurisprudence constante a du reste été consacrée dans la LAMaI [loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, RS 832.10] entrée en vigueur au 01.01.96 dont l'art. 2.1 disposait sans équivoque que “Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail”. La nouvelle définition de la maladie introduite à partir du 01.01.03 par l'art. 3.1 LPGa a une teneur identique, mis à part qu'il commence par les mots “Est réputée maladie ... etc.” Le 5 novembre 2013, la F. _____ a encore retourné à sa décharge, une facture du 5 juillet 2013 d'un montant total de 43 fr. 50 relative à des médicaments remis en date du 12 juin 2013 à l'assuré. B. Par acte du 5 novembre 2013, H. _____ a recouru devant la Cour

des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Il conclut à sa réforme en ce sens que l'événement survenu le 9 juin 2013 soit reconnu comme étant une maladie professionnelle lui ouvrant droit à la prise en charge, par l'intimée, de l'entier des frais de traitements occasionnés ainsi que de la perte de salaire subie. Son argumentation était la suivante : “ [...] Faisant référence à la liste des maladies professionnelles dont il est question à l'art. 9 LAA et plus spécifiquement à l'article 9 alinéa 2, la « tendinopathie » n'étant pas assimilable aux « déchirures de tendons », celle-ci ne correspond à aucune catégories de l'article 9 alinéa 2. Pour ce motif, notamment, la F. _____, maintient sa décision du 3 septembre 2013 et rejette mon opposition. Cependant en me référant à l'arrêt du Tribunal fédéral du 10 novembre 2009, en annexe, ce dernier a débouté l'assurance qui refusait de prendre en charge les frais médicaux, et pour cause. Bien que la « tendinopathie » appelée plus communément « tendinite » ne figure pas dans la liste citée par les assurances, « Chaque cas devrait être étudié par un expert qualifié ». En effet, dans un rapport d'expertise du 5 avril 2005, des médecins ont fait une revue scientifique en épidémiologie consacrée à la plausibilité d'une relation causale et dose-dépendante entre une sollicitation physique du membre supérieur en milieu professionnel et le développement d'une tendinite. Ils ont abouti à la conclusion, qu'en l'état actuel des connaissances, il n'était pas possible d'exclure de manière générale le caractère de maladie professionnelle à l'épicondylite. En outre, toujours en référence à l'arrêt du tribunal fédéral du 10 novembre 2009, sont aussi réputées maladies professionnelles (selon la clause dite générale), les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Dans mon cas, elle a été exclusivement causée dans le cadre de l'exercice de mon activité professionnelle. [...] ” Le 12 novembre 2013, le recourant a indiqué sa volonté de bénéficier de l'assistance judiciaire. Il n'a toutefois pas donné de suite utile à l'ordonnance en complément de requête d'assistance du 15 novembre 2013 du Juge Instructeur de la Cour de céans lui impartissant un délai au 29 novembre 2013 pour retourner le formulaire idoine dûment complété, daté et signé, accompagné de toutes les pièces qui y étaient mentionnées sous chiffre 6 en page 3. Dans son mémoire de réponse du 15 novembre 2013, la F. _____ conclut au rejet du recours sans frais ni dépens. L'intimée relève en premier lieu qu'il n'est plus contesté entre les parties que l'événement du 9 juin 2013 ne constitue ni un accident (au sens de l'art. 4 LPG) ni une lésion assimilée à un accident (au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA). S'agissant de l'argument voulant que le cas du recourant serait en réalité constitutif de maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA, l'intimée le réfute pour les deux motifs suivants : “ En premier lieu, il convient de rappeler que l'ATF du 10.11.09 concernait le cas très particulier d'une monteuse de la Télévision romande qui présentait une épicondylopathie en relation avec les contraintes très spécifiques de son travail continu à la table de montage, la prévalence des diagnostics d'épicondylite radiale, de tendinite du poignet ou de l'avant-bras ainsi que du tunnel carpien étant au minimum quatre fois plus importante dans le groupe des monteuses présents dès la mise en service du type de table de montage incriminé que dans une population active étant exposée au risque (consid. 5.2.3). Dans le présent cas, il ne s'agissait que d'un effort occasionnel, ne présentant aucune spécificité inhérente au type d'activité de l'assuré et certainement pas quatre fois plus fréquent dans les professions de l'hôtellerie que dans le reste de la population. En second lieu, comme déjà indiqué au ch. 2.5 de la décision sur opposition, il ressort du cas tranché par le TFA [Tribunal fédéral des assurances] dans son arrêt du 30.05.90 [...] publié aux ATF 116 V 136 – il s'agissait d'un infirmier victime d'un

syndrome vertébral dorsal en déplaçant un patient endormi d'un poids de 100 à 120 kilos de la table d'opération à un lit – le cas ne saurait de toute manière constituer une maladie professionnelle, "l'application de l'art. 9. 2 LAA suppos[ant] en tout cas que la maladie résulte de l'exposition d'une certaine durée à un risque professionnel typique ou inhérent. Par essence, la responsabilité de l'assureur-accidents ne saurait découler ici d'un événement unique et, à lui seul, un simple rapport de simultanéité avec l'activité professionnelle n'est pas suffisant. Autrement dit, pour qu'un tel événement isolé relève de l'assurance-accidents, il faut qu'il présente toutes les caractéristiques d'un accident (art. 9.1 OLAA [art. 4 LPGA depuis le 01.01.03]) ou que les lésions qu'il a provoquées soient assimilées à un accident (art. 9 al. 2 OLAA)" (consid. 5). " Le recourant n'a par la suite pas répliqué dans le délai prolongé imparti au 10 février 2014. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours; les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et est dès lors applicable dans la présente cause. De valeur litigieuse inférieure à 30'000 francs, la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à la prise en charge par l'assureur-accidents des suites de l'événement survenu le 9 juin 2013. Dit événement est qualifié par le recourant de maladie professionnelle au sens de l'art. 9 LAA, ce que l'intimée réfute. Le recourant est en substance d'avis que l'affection de « tendinopathie » aurait exclusivement été causée dans le cadre de l'exercice de son activité professionnelle, justifiant ainsi l'admission de la plausibilité d'une relation causale entre cette atteinte à la santé et sa profession. Citant un arrêt du Tribunal fédéral rendu le 10 novembre 2009, le recourant soutient que son affection doit être considérée en tant « qu'autres maladies (professionnelles) dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle ». Il s'agira en d'autres termes de déterminer en l'espèce, si les troubles présentés par le recourant sont ou non la conséquence d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non

professionnel et de maladie professionnelle. L'événement survenu lors du transport d'un plateau de vaisselle et de couverts d'un poids important et sur une certaine distance ne constitue d'emblée pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA qui prévoit qu'« est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort ». Dite activité étant usuelle dans la restauration de sorte que la condition du facteur dommageable extérieur de caractère extraordinaire fait manifestement défaut en l'espèce. Par surabondance, selon l'art. 9 al. 2 OLAA, « 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: 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 ». Or, le diagnostic posé de tendinopathie coude gauche (cf. rapport initial du 24 juin 2013 du Dr K. _____) ne correspondant à aucune des catégories énumérées ci-avant – une « tendinopathie » n'étant en particulier pas assimilable aux « déchirures de tendons » mentionnés à l'art. 9 al. 2 let. f. OLAA – il est donc superflu d'examiner ici si les autres critères de prise en charge de lésions corporelles assimilées à un accident sont remplis en l'espèce. Cela étant, aux termes de l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Cette liste figure en annexe 1 à l'OLAA (cf. art. 14 OLAA, liste des affections dues à certains travaux). La tendinopathie n'y figure pas. Par ailleurs, l'art. 9 al. 2 LAA dispose que sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Cette clause générale est censée répondre au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste établie par le Conseil fédéral (Frésard/Moser-Szeless, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR] Band XIV Soziale Sicherheit, p. 877 n. 112). D'après la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante n'est réalisée que si la maladie professionnelle a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 consid. 2b et la référence). Ce qui veut dire, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession en particulier – c'est à l'évidence le cas de la tendinopathie –, que les cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé doivent être quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 116 V 136 consid. 5c; TF 8C_410/2009 du 10 novembre 2009, consid. 2). La question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est remplie – question relevant d'abord de la preuve dans un cas concret – doit être appréciée au vu de données épidémiologiques médicalement reconnues. Cependant, s'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, la preuve de la causalité qualifiée, dans un cas concret, ne peut pas non plus être apportée. En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation de causalité nettement prépondérante, voire exclusive entre une affection et une activité professionnelle déterminée, subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette

causalité qualifiée (ATF 126 V 183 consid. 4c; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 113). b) L'existence d'une maladie professionnelle en cas d'épicondylite a donné lieu à plusieurs arrêts du Tribunal fédéral (ou Tribunal fédéral des assurances – pour un aperçu de la jurisprudence, cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 114). Le Tribunal fédéral a rejeté un recours formé par une compagnie d'assurances contre un arrêt d'un tribunal cantonal prononçant qu'une employée de la Télévision suisse romande (TSR) avait droit à des prestations au titre de maladie professionnelle; l'assurée occupait un poste de monteuse depuis plusieurs années et devait travailler, comme les autres membres de son équipe, sur un type d'appareil provoquant une sollicitation unilatérale de la main droite (90% du temps) et exigeant une quantité importante de gestes à effectuer, parfois particulièrement contraignants, ainsi qu'une précision dans leur exécution. Dans cette affaire, une enquête sur les symptômes et les diagnostics avait été menée auprès des collaborateurs de l'équipe de monteuses (TF 8C_410/2009 du 10 novembre 2009, notamment consid. 5.2). Dans un autre arrêt rendu le même jour, le Tribunal fédéral a rejeté le recours d'un assuré – un poseur de sols chez qui une épicondylite avait été diagnostiquée à l'âge de 38 ans – contre un refus de prestations LAA, en considérant notamment, sur la base d'une expertise médicale et des autres éléments médicaux du dossier, qu'il n'y avait aucun élément pour affirmer que l'activité professionnelle avait contribué, à raison d'au moins 75%, à l'aggravation de l'épicondylite (TF 8C_740/2008 du 10 novembre 2009, consid. 4.2).

4. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire. D'après ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2). 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 et les références).

5. Dans le cas particulier, le recourant n'a pas produit de données épidémiologiques médicalement reconnues à l'appui de ses allégations. Il fait en revanche référence à un rapport d'expertise du 5 avril 2005 ressortant de l'affaire à laquelle il se réfère et où des médecins ont fait une revue des études scientifiques en épidémiologie consacrées à la plausibilité d'une relation causale et dose-dépendante entre une sollicitation physique du membre supérieur en milieu professionnel et le développement d'une épicondylite (radiale ou médiale). Ces docteurs ayant abouti à la conclusion qu'il n'était pas possible d'exclure de manière générale le caractère de maladie professionnelle à l'épicondylite. La question devant être appréciée de cas en cas en fonction de différents critères d'évaluation (cf. TF 8C_410/2009, op. cit., consid. 4). Le recourant soutient que dans son cas, l'affection litigieuse aurait été exclusivement causée dans le cadre de l'exercice de son activité professionnelle. a) Il est constant que le recourant est employé depuis septembre 2012 dans le secteur de l'hôtellerie. Il paraît clair que des stagiaires en

hôtellerie accomplissent, pour la plupart d'entre eux, des travaux dans la restauration (mise en place, service en salle, débarrassage, etc.). Il ressort tout aussi clairement du dossier qu'à la date du 9 juin 2013, le recourant lui-même effectuait uniquement depuis quelques mois son travail de stagiaire. Le recourant ne peut donc pas valablement invoquer la situation du groupe professionnel pour affirmer qu'il souffre d'atteintes typiques pour cette profession. Dans ces conditions, on ne se trouve pas dans une situation où, sur la base des connaissances médicales, on pourrait admettre la possibilité d'une relation de causalité nettement prépondérante entre l'affection et l'activité professionnelle, ce qui justifierait alors des investigations complémentaires. Le recourant n'a du reste pas prétendu que les personnes qui travaillent comme lui, souffriraient pour trois quarts d'entre eux d'épicondylites ou de tendinopathies du membre supérieur. b) S'agissant de l'arrêt fédéral du 10 novembre 2009 cité par le recourant à l'appui de son écriture, il ne lui est d'aucun secours. En effet ainsi que cela a été rappelé ci-dessus (cf. consid. 3b supra), cet arrêt concernait le cas particulier d'une monteuse de la TSR qui présentait une épicondylopathie en relation avec les contraintes très spécifiques de son travail continu à la table de montage, la prévalence des diagnostics d'épicondylite radiale, de tendinite du poignet ou de l'avant-bras ainsi que du tunnel carpien étant au minimum quatre fois plus importante dans le groupe des monteuses présents dès la mise en service du type d'appareil (table de montage) incriminé que dans une population active étant exposée au risque. Or en l'occurrence, il ne s'agissait que d'un effort occasionnel (port de plateaux de vaisselle et de couverts d'un poids important lors du brunch du dimanche à l'hôtel), ne présentant aucune spécificité au type d'activité de l'assuré, élément confirmé par ce dernier sous réponse n°5 au questionnaire de la F. _____ complété le 5 août 2013. Le recourant a précisé s'agissant de l'effort en question que c'était « simplement la charge qui a été trop lourde pour la distance à parcourir ». Un tel effort n'est de surcroît vraisemblablement pas plus fréquent dans les professions de l'hôtellerie que dans le reste de la population. L'application de l'art. 9 al. 2 LAA suppose que la maladie résulte de l'exposition d'une certaine durée à un risque professionnel typique ou inhérent. Par essence, la responsabilité de l'assureur-accidents ne saurait découler ici d'un événement unique et, à lui seul, un simple rapport de simultanéité avec l'activité professionnelle n'est pas suffisant. Autrement dit, pour qu'un tel événement isolé relève de l'assurance-accidents, il faut qu'il présente toutes les caractéristiques d'un accident ou que les lésions qu'il a provoquées soient assimilées à un accident (art. 9 al. 2 OLAA). Or tel n'est pas le cas en l'espèce ainsi que le souligne à raison l'intimée en préambule de sa réponse, constat qui n'est par ailleurs pas contesté par le recourant. Ainsi, l'événement du 9 juin 2013 ne constitue pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ni une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ni une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA. Dès lors, la F. _____ était fondée à rejeter la demande de prestations en retenant que le cas relevait uniquement de l'assurance-maladie. 6. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD), ni allocation de dépens, le recourant qui succombe n'ayant par ailleurs pas eu recours aux services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 7 octobre 2013 par F. _____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ H. _____, ■ F. _____, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 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).
Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.