

VD_FINDINFO AA 123/11 - 62/2013 vom 29. Juli 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-07-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_123_11_-_62_2013

FR: VD_FINDINFO AA 123/11 - 62/2013 du 29 juillet 2013

IT: VD_FINDINFO AA 123/11 - 62/2013 del 29 luglio 2013

Regeste

LÉSION DU MÉNISQUE, AA | 6 LAA, 9 al. 2 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 29.07.2013 AA 123/11 - 62/2013

LÉSION DU MÉNISQUE, AA | 6 LAA, 9 al. 2 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 123/11 - 62/2013 ZA11.048396 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 29 juillet 2013 _____ Présidence de _____ Mme Röthenbacher Juges

: _____ Mme Dessaux et Mme Magnin, juge suppléante Greffière : _____ Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Arun Chandrasekharan, avocat à Genève, et W. _____, à [...], intimée.

_____ Art. 6 LAA; art. 9 al. 2 OLAA. E n f a i t : A. R. _____ (ci-après : l'assurée), née le [...] 1954, est employée en tant qu'infirmière-cheffe auprès de la Clinique X. _____, à [...], depuis le 1^{er} janvier 2008, et est à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la W. _____ [...] (ci-après : l'assurance ou la W. _____). Aux termes d'une déclaration de sinistre LAA du 5 janvier 2009, l'employeur précité a annoncé à la W. _____ que, le 3 décembre 2008, l'assurée s'était blessée au genou droit sur son lieu de travail dans les circonstances suivantes : " En allant en direction d'un frigo, a été appelée d'urgence pour aller en salle d'op. a effectué une torsion du genou droit. " R. _____ a consulté le Dr C. _____, chirurgien-orthopédiste, le jour même puis le 15 décembre 2008. Ce médecin a diagnostiqué une entorse du genou droit avec complément de déchirure du ménisque interne et chondropathie tri-compartmentale. Il a fait procéder le 15 décembre 2008 à une radiographie du genou droit. Cette dernière n'a pas révélé de lésion osseuse mais, la douleur étant persistante, le Dr C. _____ a fait effectuer le 22 décembre 2008 une imagerie par résonance magnétique (IRM). Il ressort ce qui suit du rapport consécutif à cette imagerie : " Conclusion: Déchirure oblique du corps et de la corne postérieure du ménisque interne avec le corps méniscal extrudé et un peu de matériel méniscal luxé entre le plateau tibial et le ligament collatéral interne. Chondropathie tri-compartmentale, de grade IV à la hauteur des compartiments fémoro-tibiaux internes et patellaires et grade III du compartiment fémoro-tibial externe. Epanchement intra-articulaire de faible quantité. " Le Dr C. _____ ayant préconisé une toilette arthroscopique, l'assurée a été opérée le 9 janvier 2009. Dans son protocole opératoire y relatif, le Dr C. _____ a indiqué avoir procédé à la résection d'une lésion dégénérative du ménisque interne du genou droit. Le 18 janvier 2009, l'assurée a complété un questionnaire à l'attention de la W. _____ concernant les circonstances de l'événement du 3 décembre 2008. Invitée à décrire cet événement, l'assurée a exposé qu'en voulant s'occuper d'un patient, elle avait fait un mouvement qui avait déclenché une forte

douleur dans le genou. Elle a également apporté les précisions suivantes : - à la question « S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? », elle a répondu qu'il s'agissait de son travail; - à la question « Votre activité s'est-elle déroulée dans des conditions normales ? », elle a répondu par l'affirmative; - à la question « S'est-il produit quelque chose de particulier (chute, glissade, heurt, etc...) ? », elle a répondu par la négative. Par rapport du 19 janvier 2009, le Dr C._____ a posé le diagnostic d'entorse du genou droit avec déchirure du ménisque interne. Aux termes d'une correspondance adressée à R._____ le 26 juin 2009, la W._____ a considéré que l'atteinte subie le 3 décembre 2008 par l'assurée ne correspondait ni à la notion d'accident, ni à celle d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202). Elle a estimé que, s'agissant bien plutôt de lésions dégénératives, le cas devait être pris en charge par l'assurance-maladie. Par courrier du 16 novembre 2009, R._____, sous la plume de son conseil, a demandé à la W._____ de reconsidérer sa position, faisant valoir en substance que les suites de l'événement du 3 décembre 2008 devaient être prises en charge par l'assurance en vertu de l'art. 9 al. 2 OLAA, les lésions présentées ne pouvant se voir reconnaître qu'un caractère dégénératif. Elle a également fait état d'un second événement traumatique survenu le 23 mars 2009 et au cours duquel elle avait « [t]rèbuché par-dessus les branches de roulettes d'une chaise de bureau ». Dans un rapport du 3 décembre 2009 établi sur la base des pièces médicales soumises par l'assurance, le Dr P._____, médecin-conseil de cette dernière, a retenu l'existence de lésions dégénératives en relation avec l'atteinte en cause, soit une déchirure complexe de la corne postérieure et malacie de stade II et III. Il a ajouté que le rapport opératoire du Dr C._____ du 9 janvier 2009, pour une résection d'une lésion dégénérative du ménisque interne du genou droit, confirmait le diagnostic. Le Dr P._____ a dès lors retenu qu'il « manqu[ait] clairement la condition de l'événement générant un risque de lésion accru et [que] de ce fait, ce cas ne [pouvait] être assimilé à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA ». Par décision du 23 décembre 2009, la W._____ a refusé de prendre en charge l'événement du 3 décembre 2008. Elle a considéré que cet événement ne répondait pas à la notion d'accident et que l'on ne pouvait non plus retenir une lésion corporelle assimilée à un accident, faute d'événement générant un risque de lésion accru. Le 28 janvier 2010, l'assurée, représentée par un nouveau mandataire, a formé opposition contre ce refus de prester. Elle a contesté l'appréciation de l'assurance, alléguant en particulier que selon l'art. 9 al. 2 OLAA, les déchirures du ménisque devaient être prises en charge en tant qu'accident même si elles n'étaient pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, qu'en l'espèce la déchirure du ménisque avait été causée par une torsion, et que l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA ne pourrait être écartée que dans l'hypothèse où le ménisque aurait précédemment été atteint de manière à ce que la déchirure doive être imputée à une maladie. La W._____ a confié au Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le soin de réaliser une expertise sur la personne de l'assurée, concernant son genou droit. Après avoir examiné l'intéressée les 15 avril 2010 et 10 mars 2011, ce médecin a fait part de ses conclusions dans un rapport du 5 septembre 2011, dont on extrait ce qui suit : "[...] Antécédents personnels orthopédiques : [...] En 1990, la patiente a été opérée d'une ménisectomie interne partielle arthroscopique au genou droit. Par la suite, elle a pu reprendre les sports de compétition (notamment le tennis et le badminton). [...] Deroulement des evenements et des suites : Après son opération de 1990 [...], elle n'a plus eu de problèmes de genou jusqu'à décembre 2008. Le 3 décembre 2008, alors qu'elle allait en direction d'un frigo/chauffe-linge, Mme R._____ a vu que

l'installation d'un patient en salle d'opération nécessitait son aide d'urgence, et elle a effectué une torsion du genou droit. Elle a entendu un craquement et a eu mal tout de suite. Après avoir aidé le reste de l'équipe pour installer le patient, elle est ensuite retournée s'occuper du linge. [...] Mme R. _____ a été en incapacité de travail à 100% pendant une semaine, puis elle a repris le travail à 100% la semaine d'après. Les douleurs ont tout de suite disparu après l'intervention [du 9 janvier 2009]. [...] Reponses aux questions de la W. _____ [...] 4. S'agissant de la causalité naturelle : Les troubles constatés à jour [...] sont-ils toujours la conséquence de l'accident du 23.3.2009 ou de l'événement du 3.12.2008, en ce sens que ceux-ci constituent une condition sine qua non de l'atteinte à la santé actuelle ? [...] Peut-on considérer que la lésion méniscale subie le 3.12.2008 et l'opération qui a été rendue nécessaire sur ce ménisque jouent encore un rôle dans les affections actuelles subies par Mme R. _____ à ce genou ? [...] [...] Madame R. _____ a subi en 1990 une méniscectomie interne partielle arthroscopique au genou droit. On sait que des signes radiographiques d'arthrose sont significatifs (20% à 60% des cas), de 8 à 16 ans après méniscectomie partielle arthroscopique, mais les symptômes cliniques de gonarthrose ne sont pas significatifs, avec 80% à 100% des patients décrivant leur genou comme étant normal (Petty 2011). L'opération effectuée en 1990 a donc favorisé la survenue d'une gonarthrose 18 ans plus tard. [...] Le ménisque interne du genou droit de Madame R. _____ était dégénératif comme mentionné dans le protocole opératoire du 9 janvier 2009 du Dr C. _____. Néanmoins, le processus naturel de vieillissement du tissu méniscal n'exclut pas la possibilité de survenue d'une lésion traumatique (Beaufils 2010). L'événement du 3 décembre 2008 était-il adéquat pour provoquer une déchirure méniscale? L'élément clé dans le diagnostic d'une déchirure du ménisque est une force en rotation sur un genou partiellement fléchi (Verdonk 2010). Les patients se présentant avec une déchirure dégénérative du ménisque n'ont pas une anamnèse claire de traumatisme et ils se plaignent principalement de douleurs chroniques du genou, d'une enflure et parfois de blocage (Almqvist 2010). Madame R. _____ n'avait plus eu de gêne à son genou droit depuis 1990 jusqu'à l'événement du 3 décembre 2008. Cet événement était adéquat pour avoir provoqué une déchirure méniscale. Une déchirure méniscale peut être trouvée dans un pourcentage élevé de patients âgés asymptomatiques (Kornick 1990, Boden 1992, Bhattacharyya 2003, Fukuta 2009 & Boyer 2010). La déchirure du ménisque interne de Madame R. _____ n'était pas une déchirure asymptomatique, car dès qu'elle a été opérée les douleurs ont tout de suite disparu. Les douleurs étaient donc bien dues à la déchirure du ménisque interne plutôt qu'à l'arthrose. [...] [...] En ce qui me concerne, j'estime qu'il y a une causalité naturelle entre l'événement du 3 décembre 2008 et la déchirure du ménisque interne du genou droit de Madame R. _____, même si celui-ci était préalablement dégénératif et qu'il y avait une gonarthrose fémoro-tibiale interne préexistante. [...] La patiente a signalé qu'après son opération du 9 janvier 2009, elle n'avait plus de douleurs au genou, ce qui confirme bien que le ménisque interne était bel et bien responsable des symptômes ressentis suite à l'événement du 3 décembre 2008. On peut considérer que les conséquences de ce premier événement s'arrêtent après deux mois au maximum. " Par décision sur opposition du 10 novembre 2011, la W. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 23 décembre 2009. Elle a exposé qu'était contestée en l'occurrence l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. A cet égard, elle a relevé que la déchirure du ménisque subie par l'intéressée le 3 décembre 2008 était indéniablement comprise dans les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA. Elle a toutefois observé que selon la déclaration d'accident, l'assurée

avait effectué une torsion du genou droit lorsque, se dirigeant vers un frigo sur son lieu de travail, elle avait été appelée en urgence. Aux termes du questionnaire rempli à l'attention de l'assurance, l'intéressée ensuite avait précisé avoir fait un mouvement qui avait déclenché une forte douleur dans le genou, en voulant s'occuper d'un patient. Enfin, lors de l'expertise effectuée par le Dr H. _____, l'assurée avait expliqué avoir vu que l'installation d'un patient en salle d'opération nécessitait son aide d'urgence et avoir alors effectué une torsion du genou droit. Cela étant, la W. _____ a relevé qu'il ne ressortait d'aucune des descriptions de l'événement que lors du mouvement effectué par l'intéressée son corps aurait subi une sollicitation plus élevée que d'habitude. Notamment, le fait qu'elle ait subi une torsion ne signifiait pas encore que le mouvement était brusque. De plus, en tant qu'infirmière, ce genre de situations faisait partie du quotidien de l'assurée. La W. _____ a dès lors considéré que la condition de l'événement générant un risque accru de lésion faisait défaut et qu'il convenait par conséquent de maintenir le refus de prester. Par courrier du 1^{er} décembre 2011, l'assurée, par son conseil, a apporté les précisions suivantes concernant les circonstances de l'événement du 3 décembre 2008 : " - Pour elle [l'assurée], il s'agit d'un mouvement extraordinaire et dicté par un « réflexe professionnel ». - En effet, Mme R. _____ exerce depuis des années des fonctions administratives (organisation des salles d'opération, du personnel, etc.) et non des fonctions infirmières au sens « physique » du terme. - Alors qu'elle cherchait une couverture dans un chauffe-linge, elle a jeté un coup d'œil sur une patiente endormie dont elle a constaté que le bras commençait à glisser le long du corps. En se retournant, elle s'est alors précipité vers cette patiente pour éviter que le bras ne tombe et que l'épaule ne se déboîte. Cela constitue clairement une circonstance spéciale dans l'activité de Mme R. _____, n'entrant normalement pas dans ses attributions [...]. " Dans son écriture, l'assurée s'est de surcroît prévalu de l'avis du Dr H. _____, selon lequel l'événement du 3 décembre 2008 n'était pas exclusivement dû à un état dégénératif et avait engendré des séquelles accidentelles durant deux mois. Elle a ajouté que l'on ne pouvait tirer argument de la manière dont elle avait répondu aux questions de l'assurance quant aux circonstances de l'événement en cause; en effet, ce questionnaire était libellé de façon trompeuse, se limitant à évoquer des facteurs particuliers comme une chute, une glissade ou un heurt, sans mentionner de torsion. Elle a par ailleurs souligné que le fait que la partie lésée, lors d'un accident ou d'un événement assimilé à un accident, ait été atteinte précédemment d'une affection dégénérative n'empêchait pas l'application des règles propres à l'assurance-accidents. Enfin, elle a proposé une issue transactionnelle au litige l'opposant à la W. _____. Le 13 décembre 2011, l'assurance a maintenu sa position et rejeté la transaction proposée par l'assurée. B. Agissant par l'entremise de Me Philippe Nordmann, R. _____ a recouru le 13 décembre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 10 novembre 2011, concluant à son annulation et à la prise en charge par l'intimée de l'événement du 3 décembre 2008. Sur le fond, la recourante renvoie à l'argumentation développée dans ses écritures des 28 janvier 2010 et 1^{er} décembre 2011. Dans sa réponse du 10 janvier 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle rappelle que seule est litigieuse la question de savoir si l'événement du 3 décembre 2008 est constitutif d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Sur ce point, elle estime que si la déchirure du ménisque survenue le 3 décembre 2008 relève certes de l'art. 9 al. 2 OLAA, il demeure cependant que l'existence d'un facteur déclenchant au sens de la jurisprudence fait défaut. Elle observe en particulier que les déclarations successives de la recourante varient quant à la description de l'événement en cause, mais qu'aucune de

ces descriptions – dont la première doit être privilégiée – ne permet de retenir que l'intéressée aurait subi une sollicitation plus importante que d'habitude, le mouvement effectué faisant partie des gestes quotidiens d'une infirmière quand bien même il aurait été un peu brusque. Pour ces motifs, la W. _____ considère que la condition de l'événement générant un risque accru de lésion n'est donc pas réalisée. Dans sa réplique du 28 mars 2012, la recourante, désormais représentée par Me Arun Chandrasekharan, a maintenu ses motifs et conclusions. Elle souligne tout d'abord qu'il n'est pas contesté que l'on se trouve en présence d'un cas relevant de l'art. 9 al. 2 OLAA. A cet égard, elle soutient qu'un phénomène dégénératif n'exclut pas l'existence d'une lésion assimilée à un accident et qu'en l'espèce, la torsion du genou droit provoquée par le mouvement soudain de volte-face effectué le 3 décembre 2008 pour retenir le bras d'un patient endormi constitue un événement extérieur générant un risque de lésion accru. A titre subsidiaire, elle fait valoir que l'événement extérieur dommageable résulte en l'occurrence du fait de s'être retournée en toute hâte pour porter secours à un patient endormi. Aux termes de sa duplique du 18 avril 2012, l'intimée a confirmé sa position. Elle souligne qu'elle a refusé la prise en charge de l'événement du 3 décembre 2008 sans égard à la question du lien de causalité mais en raison de l'absence d'un événement accidentel ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident, dont elle estime que les conditions ne sont pas réalisées. Elle relève qu'en revanche l'expertise du Dr H. _____ a été réalisée dans le cadre d'un autre sinistre – soit celui survenu le 23 mars 2009 – répondant aux conditions d'un accident mais où la question du lien de causalité se posait. Elle ajoute que s'il n'est pas contesté que le mouvement effectué par la recourante le 3 décembre 2008 puisse avoir été brusque, il demeure que cela ne suffit pas pour admettre la présence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Pour le surplus, elle se réfère à l'argumentation développée dans sa décision sur opposition et sa réponse au recours. Se déterminant le 25 avril 2012, la recourante relève que l'intimée ne conteste pas dans sa duplique que le mouvement réalisé lors de l'événement du 3 décembre 2008 ait pu être brusque. Par acte du 8 mai 2012, l'intimée a maintenu son appréciation.

E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dans la mesure où la présente cause porte sur le droit à des prestations d'assurances d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (cf. art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 125 V 413 consid. 2c; cf. ATF 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53). b) Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'intimée est tenue à prestations à raison de l'événement du 3 décembre 2008. 3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA). 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 (cf. art. 4 LPGa). Par ailleurs, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident (cf. art. 6 al. 2 LAA). En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : 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. Cette liste est exhaustive (cf. ATF 116 V 136 consid. 4a et 116 V 145 consid. 2b). b) La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (cf. ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (cf. TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références). 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 (cf. art. 4 LPGa). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance – fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 4; cf. TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) 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. A 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 que celle-ci présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme. La notion de cause extérieure suppose donc qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.2. p. 470; cf. TF 8C_537/2011 précité, loc. cit.). A noter encore que les mouvements habituels effectués dans le cadre de l'activité professionnelle doivent être considérés comme des gestes de la vie courante et non pas comme des événements assimilés à un accident, la condition du risque accru de lésion ne pouvant pas être admise en pareilles circonstances (cf. ATF 129 V 466 consid. 4.3; cf. TFA U 94/03 du 31 octobre 2003 consid. 3.3 et U 76/03 du 15 avril 2004 consid. 6.3). c) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a; cf. TF 8C_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 6.1; cf. RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2; cf. VSI 2000 p. 201 consid. 2d). 4. En l'espèce, il n'est pas allégué – ni a fortiori démontré – que l'événement du 3 décembre 2008 relèverait d'un accident au sens des art. 6 al. 1 LAA et 4 LPGA. De fait, tant la recourante que l'intimée admettent que la déchirure du ménisque interne du genou droit que la recourante a subie le 3 décembre 2008 entre dans la notion de lésion assimilée à un accident au sens des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA. Est en revanche litigieuse la question de l'existence d'un facteur dommageable extérieur, condition sine qua non à la prise en charge d'une telle lésion par l'assurance-accidents. a) Aux termes de la déclaration de sinistre LAA du 5 janvier 2009, l'employeur de la recourante a indiqué que cette dernière se dirigeait vers un frigo lorsqu'elle avait été appelée d'urgence pour aller en salle d'opération et avait effectué une torsion du genou droit. Répondant au formulaire de la W._____ le 18 janvier 2009, l'assurée a expliqué qu'en voulant s'occuper d'un patient, elle avait fait un mouvement qui avait déclenché une forte douleur dans le genou; elle a également indiqué que cette activité s'inscrivait dans le cadre de son travail et s'était déroulée dans des conditions normales, sans intervention d'un facteur particulier tel qu'une chute, une glissade ou un heurt. Quant au Dr H._____, médecin mandaté par l'intimée pour effectuer une expertise dans le cadre d'un autre sinistre que celui visé par la présente affaire, il a mentionné dans son rapport du 5 septembre 2011 que, le 3 décembre 2008, alors qu'elle allait en direction d'un frigo/chauffe-linge, l'assurée avait remarqué que l'installation d'un patient en salle d'opération nécessitait son aide d'urgence et avait alors effectué une torsion du genou droit. Enfin, après réception de la décision sur opposition du 10 novembre 2011, l'assurée a fait valoir, par écriture du 1^{er} décembre 2011, qu'elle cherchait une couverture dans un chauffe-linge lorsqu'elle avait jeté un coup d'œil sur une patiente endormie dont elle avait constaté que le bras commençait à glisser le long du corps; se

retournant, elle s'était précipitée vers cette patiente afin d'éviter que le bras ne tombe et que l'épaule ne se déboîte, étant précisé que ces tâches n'entraient normalement pas dans ses attributions d'infirmière-chef. Par la même occasion, elle a également soutenu que le questionnaire de l'intimée était libellé de manière trompeuse en tant qu'il ne mentionnait qu'une chute, une glissade ou un heurt à titre de circonstances particulières, sans évoquer une éventuelle torsion. Les différentes versions susmentionnées comportent des divergences. Ainsi, seul l'employeur a évoqué un appel d'urgence en salle d'opération. En revanche, la recourante n'a nullement fait mention d'un tel appel dans le questionnaire du 18 janvier 2009, et tant le rapport de l'expert H. _____ du 5 septembre 2011 que les explications complémentaires de l'assurée du 1^{er} décembre 2011 décrivent une intervention spontanée et non sur appel. Du reste, alors qu'il résulte du rapport d'expertise du Dr H. _____ que l'intéressée aurait effectué un mouvement de torsion tandis qu'elle se dirigeait vers un frigo/chauffe-linge, il appert en revanche du courrier du 1^{er} décembre 2011 que l'assurée cherchait une couverture dans un chauffe-linge – et n'était donc pas en train de se déplacer – lorsque, se retournant, elle se serait précipitée pour une intervention. Enfin, si l'employeur et le Dr H. _____ ont relevé que l'assurée avait effectué un mouvement de torsion du genou droit, cette dernière a été nettement moins catégorique dans le formulaire du 18 janvier 2009, signalant simplement avoir fait un mouvement qui avait déclenché des douleurs, avant de revenir sur sa position dans son écrit du 1^{er} décembre 2011. Cela étant, il apparaît donc que les déclarations de la recourante, de son employeur et de l'expert H. _____ contiennent des discordances quant au déroulement des événements litigieux. Concernant plus particulièrement les déclarations de la recourante, il faut rappeler qu'initialement, dans le formulaire du 18 janvier 2009, cette dernière s'est limitée à signaler que c'était en voulant s'occuper d'un patient qu'elle avait effectué un mouvement – non défini – qui avait déclenché des douleurs au genou, qu'aucun phénomène particulier ne s'était produit à cette occasion et qu'elle s'était blessée dans le cadre d'une activité inhérente à son travail, effectuée dans des conditions normales. Or, dans son écrit du 1^{er} décembre 2011, l'intéressée est revenue sur ses déclarations pour affirmer que le fait de retenir le bras d'une patiente endormie constituait une circonstance spéciale, n'entrant normalement pas dans ses attributions d'infirmière-chef, et pour prétendre avoir été induite en erreur par le questionnaire de l'intimée qui n'indiquait pas qu'une torsion pouvait constituer une circonstance particulière. Il est toutefois difficile de suivre l'assurée lorsqu'elle prétend que le fait de venir en aide à un patient ne rentrerait pas dans les attributions d'une infirmière-chef; elle n'a en tous les cas apporté aucun indice sérieux dans ce sens (tel un cahier des charges, par exemple). Du reste, si des circonstances particulières étaient survenues lors de l'événement litigieux, on peut raisonnablement penser que l'intéressée n'aurait pas manqué de les signaler dans le questionnaire du 18 janvier 2009, soit avant de connaître les conséquences juridiques de ses déclarations (cf. dans le même sens TF 8C_568/2011 du 4 mai 2012 consid. 5.2), et ce sans égard aux situations décrites à titre d'exemple dans ce formulaire; elle n'aurait en tous les cas pas attendu près de trois ans pour en faire mention, un tel laps de temps ne pouvant qu'inciter à faire preuve de circonspection quant aux nouvelles explications de la recourante. Au surplus, même à admettre que l'intéressée ait pu interpréter de manière trop restrictive la question de l'intimée « S'est-il produit quelque chose de particulier (chute, glissade, heurt, etc...) ? », il demeure qu'au vu de sa profession, elle était manifestement à même, dans la description de l'événement figurant sur le questionnaire du 18 janvier 2009, de distinguer entre un simple mouvement non défini et une torsion du genou droit. Pour résumer, il apparaît donc que les différentes

versions de l'événement du 3 décembre 2008 sont divergentes et que la recourante est en particulier revenue sur ses premières déclarations sans explication valable après un intervalle de près de trois ans. En pareille situation, la règle de preuve énoncée au considérant 3c ci-avant commande de s'en tenir aux premières déclarations de la personne concernée. Au cas d'espèce, il se justifierait donc de privilégier les déclarations figurant dans le formulaire du 18 janvier 2009 sur celles, plus controversées, consignées dans l'écrit du 1^{er} décembre 2011 ainsi que sur les indications provenant de tiers (en l'occurrence l'employeur et le Dr H. _____ [cf. à ce propos TF 8C_513/2011 du 22 mai 2012 consid. 6 in fine et TFA U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.2 in fine]). Toutefois, peu importe que l'on se fonde sur l'une ou l'autre des versions avancées puisqu'aucune d'entre elles ne permet de faire droit aux conclusions de la recourante, ainsi qu'il sera démontré au considérant suivant (cf. consid. 4b infra). b) C'est en effet à juste titre que l'intimée a considéré qu'aucune des descriptions de l'événement du 3 décembre 2008 ne permettait de retenir que la recourante aurait subi une sollicitation plus importante que d'habitude dans le cadre de son travail (cf. décision sur opposition du 10 novembre 2011 p. 3 et réponse du 10 janvier 2012 p. 3). A supposer que l'assurée – spontanément ou suite à un appel d'urgence – ait voulu se rendre au chevet d'un patient alors qu'elle se dirigeait vers un frigo, force est d'admettre que le simple fait de changer de trajectoire, même de façon précipitée ou « un peu brusque » (cf. réponse du 10 janvier 2012 p. 3), ne constitue pas un mouvement revêtant une intensité suffisante pour comporter un risque accru de lésion. Il en va de même dans l'hypothèse où la recourante, occupée à chercher une couverture dans un chauffe-linge, aurait constaté – logiquement, après s'être retournée – qu'il lui fallait intervenir auprès d'un patient et aurait ainsi entrepris de se déplacer. On relèvera notamment que dans un cas comme dans l'autre, il n'est nullement allégué qu'un phénomène particulier serait venu interférer dans le déroulement du mouvement de l'intéressée. En particulier, les genoux de l'assurée sont restés à la même hauteur (il n'y a pas eu de brusque redressement du corps à partir de la position accroupie) et elle n'était pas lourdement chargée. En outre, elle a maîtrisé l'ensemble de ses actes au cours du bref laps de temps en cause. Même à admettre qu'il y ait eu situation d'urgence, on ne peut en déduire que le mouvement de l'intéressée était pour autant incontrôlé. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que le mouvement exécuté par l'assurée le 3 décembre n'a requis aucune sollicitation particulière du corps et ne constitue pas non plus un changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de facteurs extérieurs (cf. TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.2). Par conséquent, en l'absence de cause extérieure, il s'impose de retenir que la lésion subie par la recourante le 3 décembre 2008 n'est pas constitutive d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge du cas. Peu importe, au surplus, qu'aux termes de son rapport d'expertise du 5 septembre 2011 le Dr H. _____ ait fait mention d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 3 décembre 2008 et la déchirure du ménisque interne du genou droit subie par la recourante. En effet, du moment que l'une des conditions nécessaires à la reconnaissance d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA – à savoir l'existence d'un facteur extérieur dommageable – n'est pas réalisée en l'occurrence, la question du lien de causalité ne se pose donc pas. Sur ce point, on relèvera par surabondance que la qualification d'un événement sous l'angle du risque assuré selon la LAA est strictement juridique et n'incombe pas au médecin (cf. dans ce sens TF 8C_226/2010 du 9 novembre 2010 consid. 5 in fine). 5. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de

frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 13 décembre 2011 par R. _____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 10 novembre 2011 par la W. _____ [...] est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Arun Chandrasekharan (pour R. _____), ■ W. _____ [...], - 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 :

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