

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 957 vom 18. Dezember 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__957

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 957 du 18 décembre 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 957 del 18 dicembre 2012

Regeste

AA, COUVERTURE D'ASSURANCE, ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, ACTIVITÉ AU SERVICE DE PLUSIEURS EMPLOYEURS | 3 al. 2 LAA, 7 al. 2 LAA, 8 al. 2 LAA, 13 al. 1 OLAA

Erwägungen

E. 1

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, à moins que la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du Tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et il respecte les autres conditions de forme prévue par la loi (cf. notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir quelles institutions d'assurance doivent prendre en charge les suites de l'accident du 16 janvier 2008, ayant eu lieu en Allemagne.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 3 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), l'assurance produit ses effets dès le jour où le travailleur commence ou aurait dû commencer le travail en vertu de l'engagement, mais en tout cas dès le moment où il prend le chemin pour se rendre au travail (al. art. 3 al. 1 LAA); elle cesse de produire ses effets à l'expiration du trentième jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins (art. 3 al. 2 LAA). L'art. 3 al. 4 LAA dispose que l'assurance est suspendue lorsque l'assuré est soumis à l'assurance militaire ou à une assurance-accidents obligatoire étrangère. Le second cas de suspension de l'assurance-accidents, prévu à l'art. 3 al. 4 LAA en cas d'assujettissement à une assurance-accidents obligatoire étrangère, est une règle de coordination territoriale de l'assurance en matière de sécurité sociale. Cette disposition tend à éviter une double couverture d'assurance et concerne principalement la situation des travailleurs détachés à l'étranger, qui restent assurés en Suisse en vertu de l'art. 4 OLAA pendant deux ans, voire six ans au maximum (Alfred Maurer , Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1989 p. 153 s.; Daniel Guignard , Le début et la fin de l'assurance-accidents [LAA], thèse, Lausanne 1998, p. 243). Dans ces cas, l'assurance suisse est suspendue au profit de l'assurance étrangère. Potentiellement, il y a une double

couverture avec une clause de priorité en faveur du droit étranger. Par "assurance-accidents obligatoire étrangère", il faut entendre, en regard de cet objectif de coordination, une assurance qui soit comparable à la LAA. Il doit s'agir d'une affiliation automatique à un régime de sécurité sociale correspondant, c'est-à-dire en particulier une assurance des travailleurs. L'assurance doit avoir pour objet la couverture étatique des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'assurance est obligatoire avant tout en raison de l'activité professionnelle et des risques liés à cette activité (ATF 136 V 339, consid. 5.1). La suspension de l'assurance LAA suisse ne concerne toutefois pas les personnes qui ne sont pas parties à une relation de travail. Aux termes de l'art. 1a al. 1 LAA, sont assurés à titre obligatoire conformément aux dispositions de la LAA, les travailleurs occupés en Suisse. Selon la jurisprudence, est réputé travailleur au sens de cette disposition celui qui, dans un but lucratif ou de formation et sans devoir supporter de risque économique propre, exécute durablement ou provisoirement un travail pour un employeur, auquel il est plus ou moins subordonné. Sont ainsi visées avant tout les personnes au bénéfice d'un contrat de travail au sens des art. 319 ss CO ou qui sont soumises à des rapports de service de droit public. Dans le doute, la qualité de travailleur doit être déterminée de cas en cas, à la lumière de l'ensemble des circonstances de l'espèce, notamment au regard de l'existence d'une prestation de travail, d'un lien de subordination et d'un droit au salaire sous quelque forme que ce soit. De simples coups de main ne suffisent cependant pas pour créer une relation de travail et ce, quand bien même la personne serait indemnisée sous une forme ou une autre (ATF 115 V 55 consid. 2d p. 58 s.; RAMA 1/2/2001, arrêt U 418 du 14 décembre 2000, p. 99 consid. 2a). b) A cet égard, on relèvera, à l'instar de Q. _____ et D. _____ a, que le droit social allemand est beaucoup plus large que le droit suisse en ce qui concerne sa couverture d'assurance-accidents obligatoire. Celle-ci comprend également les personnes non actives professionnellement. Selon le droit allemand, les salariés allemands, ou assimilés, sont assurés obligatoirement à l'assurance-accidents. L'obligation d'assurance est étendue à certaines autres catégories de personnes: aides à domicile, personnes en formation professionnelle, agriculteurs, écoliers, étudiants, donneurs de sang ou d'organe, membres de services de protection civile, enfants dans des crèches ou chez des assistantes maternelles qualifiées, certaines catégories de bénévoles et les personnes bénéficiaires de prestations de chômage ou d'aide sociale. Comme le droit social suisse, le droit social allemand connaît le principe de territorialité (cf. Sozialgesetzbuch [SGB] VII et IX). c) En préambule, il faut souligner que si la couverture d'assurance-accidents suisse est suspendue, elle n'est pas interrompue, de sorte que la recourante était toujours assurée au mois de janvier 2008 tant par D. _____ que par Q. _____ en application de l'art. 3 al. 2 LAA. Le congé donné par K. _____ durant le repas de Noël et pendant l'incapacité de travail de la recourante n'est au demeurant pas valable (cf. art. 336c al. 1 let. b CO). On notera également que la recourante a été transférée en Suisse deux jours après son accident et qu'elle a été opérée et soignée essentiellement à l'Inselspital, à Berne. d) En l'occurrence, la recourante avait prévu d'aider (de donner "un coup de mains") durant son stage d'entraînement aux sauts aux écuries de G. _____ dans l'espoir de voir éventuellement ses frais de cours et de pension de son cheval diminués (ce qui est insuffisant selon le droit suisse pour créer une relation de travail). Dans les faits, on constatera que cela n'a pas été le cas et que les proches de la recourante ont dû payer le montant convenu de 350 euros à G. _____ pour la formation de la recourante. La recourante avait également l'intention de compléter sa formation par un stage dans une autre écurie en Allemagne fin janvier 2008. En l'espèce, l'activité déployée par la recourante en Allemagne est objectivement assimilable à un loisir

ou à un perfectionnement sportif que toute personne pourrait effectuer durant un séjour à l'étranger plutôt qu'à une activité professionnelle. Il était par ailleurs prévu qu'à la fin de son stage d'un mois, la recourante devait retourner chez son employeur K. _____ qui lui avait par ailleurs recommandé les écuries de G. _____. Dans ces conditions, il paraît douteux que l'activité déployée par la recourante auprès des écuries G. _____ consiste en une activité professionnelle susceptible de suspendre la couverture de l'assurance-accidents suisse au profit de l'assurance-accidents allemande, qui est certes une assurance obligatoire, mais qui ne couvre pas uniquement les risques liés à une activité professionnelle (ATF 136 V 339). Cette question peut toutefois demeurer ouverte en l'espèce dans la mesure où il appartient à Q. _____ de prendre en charge les suites de l'accident du 16 janvier 2008, comme il sera exposé ci-dessous.

E. 4

a) La jurisprudence a longtemps estimé qu'un assureur-accidents s'estimant incompétent n'avait pas qualité d'autorité revêtue du pouvoir de décision à l'égard d'un autre assureur. De ce fait, par exemple, il ne pouvait rendre une décision afin de contraindre un autre assureur à lui rembourser des prestations avancées à un assuré. Le Tribunal fédéral a rendu le 27 août 2008 un arrêt (8C_606/2007) dans lequel il précise la procédure à adopter lors de contestations pécuniaires entre assureurs-accidents au sens de la LAA. En substance, il admet, à certaines conditions, la possibilité pour un assureur de faire recours contre la décision rendue par un autre assureur et son corollaire, soit l'obligation pour l'assureur s'estimant incompétent de communiquer sa décision à l'assureur qu'il estime compétent. La procédure selon l'article 78a LAA est alors évitée (c'est-à-dire la compétence de l'Office fédéral de la santé publique pour statuer sur les contestations pécuniaires entre assureurs). Le 26 octobre 2009, la Commission ad-hoc sinistres LAA a révisé la Recommandation N°3/89 pour l'application de la LAA et de l'OLAA. Elle relève notamment que les assurés ne doivent pas subir de préjudices en raison de conflits entre assureurs-accidents quant à l'obligation de servir des prestations. Il y a notamment lieu d'éviter que l'assuré soit contraint d'introduire une procédure portant sur la compétence, dans le cadre de laquelle deux ou plusieurs assureurs nieraient leur compétence pour les plaintes actuelles et leurs conséquences. Si la contestation concerne la question de savoir lequel parmi plusieurs assureurs-accidents doit verser des prestations pour un événement accidentel, c'est l'assureur qui, sur le plan temporel, est le plus proche de l'accident qui sera tenu de verser l'intégralité des prestations vis-à-vis de l'assuré. Représenté d'ailleurs sur ce principe tant l'art. 99 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.102), qui régit l'obligation de fournir des prestations dans le cas d'assurés ayant plusieurs employeurs, que l'art. 100 OLAA, qui s'applique à l'obligation de verser des prestations en cas de nouvel accident. La recommandation n° 3/89 du 26 octobre 2009 prévoit désormais que "si l'obligation de servir des prestations est ou devient litigieuse entre les assureurs concernés, ces derniers doivent trouver un terrain d'entente (...). Si, exceptionnellement, aucun accord n'est trouvé (...), les deux assureurs rendent si possible simultanément une décision au sujet de leur obligation de servir des prestations et notifient leur décision ou décision sur opposition à toutes les personnes concernées. Le Tribunal cantonal a ainsi la possibilité de lier les procédures et de rendre un jugement quant à l'obligation de prestations envers l'assuré (à propos de la légitimation de l'assureur-accidents concerné, cf. arrêt du Tribunal fédéral du 27 août 2008, 8C_606/2007)". "L'assureur chargé de sinistre continue de servir ses prestations pendant la durée des procédures, à titre provisoire", sous réserve de son droit à la restitution. En effet, "le versement des prestations à l'assuré ne signifie pas

que l'assureur tenu de les fournir au sens de la présente recommandation ou d'un éventuel arrêt doit lui-même prendre définitivement en charge l'entièreté des dépenses : en cas d'obligation réglementée de verser des prestations envers l'assuré, les assureurs concernés doivent trouver un terrain d'entente concernant le partage interne, en faisant éventuellement appel à un expert commun (...). Si, exceptionnellement, aucun accord n'est trouvé, la procédure se poursuivra conformément à l'art. 78a LAA". b) Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire notamment aux exigences suivantes : elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties (art. 61 lit. a LPGA). Dans son arrêt du 27 août 2008 (8C_606/2007), le Tribunal fédéral relève que si on ne reconnaît pas la qualité pour s'opposer, respectivement recourir, à un assureur-accidents touché par la décision d'un autre assureur-accidents, le risque est important que l'assuré voie son cas pris en charge par aucun assureur ou qu'il doive successivement interpellier et procéder contre chaque assureur avec le risque, au final, de voir chaque assureur refuser sa prestation sans aucune coordination. Il s'ensuit qu'en appliquant par analogie l'art. 49 al. 4 LPGA (qui concerne l'intervention d'autres assureurs sociaux), il se justifiait, dans le cas tranché par cet arrêt, de reconnaître la qualité pour former opposition de la CNA contre une décision de la Zürich et la compétence du Tribunal cantonal des assurances de trancher le litige, conformément aux principes de simplicité et de rapidité prévus à l'art. 61 let a LPGA et de protection contre les conflits négatifs de compétences. c) En l'espèce, il est regrettable que les deux assureurs-accidents qui assuraient (en effet, même suspendue, la couverture n'était pas interrompue) la recourante au moment de l'accident du 16 janvier 2008 ne se soient pas coordonnés ni entendus pour prendre en charge provisoirement le cas de l'assurée. Certes, les déclarations successives et contradictoires de la recourante n'ont pas facilité l'établissement des faits, mais en niant sans autre leur compétence respective pour couvrir l'accident, ils ont contraint la recourante à procéder contre chaque assurance avec pour résultat définitif que chaque assureur se déclare incompetent. En l'occurrence, Q. _____ n'a pas recouru contre la décision sur opposition du 3 mai 2010 rendue par D. _____ alors qu'elle avait participé à toute la procédure jusqu'ici et que cette décision lui avait été communiquée, tout comme les autres décisions figurant au dossier avaient été communiquées respectivement à la recourante, à Q. _____ et à D. _____ et que Q. _____ savait qu'il lui appartenait de recourir contre la décision précitée si elle entendait la contester (cf. courrier du 8 février 2010 adressé par Q. _____ à D. _____, notamment le passage suivant: "In rubrizierte Angelegenheit erheben wir vorsorgliche Einsprache gegen die Verfügung vom 26.01.2010 (vgl. 8C_606/2007 vom 27.08.2008 ; 8C_857/2008 vom 17.12.2008). Zur Beurteilung der Sachlage benötigen wir die Ihnen vorliegenden vollständigen Unterlagen. Unsere Einsprachebegründung bzw. den allfälligen Rückzug unserer vorsorglichen Einsprache erhalten Sie sobald wir die erhaltenen Akten

geprüft haben" ; cf. également courrier du 21 octobre 2010 au précédent conseil de la recourante : "Insbesondere würde es mich interessieren, ob Sie gegen den Einspracheentscheid des D._____ vom 03.05.2010 Beschwerde erhoben haben. Wir haben schlussendlich unserteils keine beschwerde erhoben"). Certes, Q._____ avait rendu une décision le 9 février 2009, mais elle avait justement suspendu la cause jusqu'à droit connu sur la question du versement des prestations par D._____. Il s'ensuit qu'en ne recourant pas contre la décision sur opposition rendue le 3 mai 2010 par D._____, qui la mettait directement en cause (D._____ ayant rejeté tant l'opposition de la recourante, au motif qu'elle n'était pas assurée pour les accidents non professionnels, que celle de Q._____ au motif que la recourante avait travaillé la dernière fois pour K._____, dont Q._____ était l'assureur-accidents), la décision est entrée en force. Partant, Q._____ doit prendre en charge les suites de l'évènement du 16 janvier 2008, celle-ci pouvant le cas échéant se retourner contre l'assureur-accidents allemand.

E. 5

Par surabondance, on relèvera que la prise en charge des suites de l'accident du 16 janvier 2008 par Q._____ se justifie également pour les motifs qui suivent. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360, 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.). Aussi n'existe-t-il 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 319 consid. 5a p. 322). 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 (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47 et les références, RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). b) Les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont assurés contre les accidents non professionnels. Les travailleurs occupés à temps partiel moins de huit heures par semaine ne sont pas assurés contre les accidents non professionnels; ils le sont seulement contre les accidents professionnels (art. 7 al. 2 et 8 al. 2 LAA en corrélation avec l'art. 13 al. 1 OLAA). c) A teneur de la loi (art. 7 LAA en corrélation avec l'art. 4 LPGA), les accidents professionnels sont ceux dont l'assuré est victime : lorsqu'il exécute des travaux sur ordre de son employeur ou dans son intérêt (let. a) ; au cours d'une interruption de travail, de même qu'avant ou après le travail, lorsqu'il se trouve, à bon droit, au lieu de travail ou dans la zone de danger liée à son activité professionnelle (let. b). Les accidents survenus lors d'une interruption de travail ne sont considérés comme accidents professionnels que s'ils sont rattachés au lieu de travail. Il doit exister un lien causal entre la présence du travailleur sur le lieu de travail et l'intérêt de l'employeur. Les accidents non professionnels sont

définis de manière négative. Il s'agit de tous les accidents qui ne sont pas des accidents professionnels (art. 8 al. 1 LAA en corrélation avec l'art. 4 LPGA) (cf. J.-M. Frésard / M. Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Meyer [édit.] Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, [SBVR], 2 e éd., Bâle, 2007, pp. 852 ss). d) D._____ soutient que l'assurée ne travaillait pas 8 heures par semaine auprès de M._____ de sorte qu'elle n'était pas assurée pour les accidents non professionnels. Pendant toute la procédure, les assureurs-accidents ont en effet considéré que l'accident survenu le 16 janvier 2008 était un accident non professionnel, ce n'est qu'en fin de procédure qu'ils considèrent l'accident comme professionnel et partant relevant de la compétence de l'assureur-accidents allemand. En ce qui concerne les déclarations des parties, l'arrêt cité par l'intimée (ATF 121 V 47) concerne les déclarations de la personne assurée. En l'espèce, la personne assurée est la recourante, et non pas M._____. Or la recourante n'a jamais dit avoir effectué moins de 8 heures auprès de cet employeur. Par ailleurs, D._____ justifie son raisonnement par le fait que la recourante n'avait pas effectué

E. 8

heures auprès de M._____ en décembre 2007, étant donné qu'elle était en incapacité de travail et que la relation amoureuse avec cet employeur était terminée. Cet argument n'est pas relevant. Le calcul des heures moyennes des employés occupés à temps irrégulier ne peut se faire sur un mois, mais doit s'opérer sur les 3 ou 12 derniers mois précédents l'accident. La variante la plus favorable est déterminante. Il découle de cette règle de calcul, d'une part, que l'on ne saurait en aucun cas fonder une durée de travail moyenne hebdomadaire inférieure à 8 heures sur la base d'un seul mois comme l'a fait l'intimée et, d'autre part, que c'est la solution la plus favorable à la personne concernée qui sera finalement retenue. La description de la recourante relative à son activité auprès de M._____, la participation à des événements en particulier le week-end, la comptabilité ainsi que les travaux relatifs à la gestion de la ferme rendent hautement vraisemblable le fait que l'assurée exerçait son activité plus de 8 heures par semaine de sorte qu'elle était également assurée pour les accidents non professionnels auprès de D._____. De plus, les certificats de salaire de l'année 2007 de la recourante en relation avec les directives de l'Union suisse des paysans sont des indices supplémentaires tendant à constater l'existence d'une activité égale voire supérieure à 8 heures par semaine. Il en va de même si l'on compare les salaires que la recourante a touchés auprès de ses deux employeurs respectifs: alors qu'elle touchait un salaire horaire de 11 fr. chez K._____, elle aurait, en admettant une activité inférieure à 8 heures, touché plus du double (24 fr.) chez M._____ sans aucune raison justifiant une telle différence de traitement. 6. a) L'article 77 LAA instaure une délimitation temporelle entre plusieurs employeurs: en cas d'accident professionnel, il incombe à l'assureur auprès duquel le travailleur était assuré, au moment où est survenu l'accident, d'allouer les prestations; en cas d'accident non professionnel il incombe à l'assureur auprès duquel la victime de l'accident était aussi assurée en dernier lieu contre les accidents professionnels, d'allouer les prestations. En vertu de l'art. 99 OLAA, si la victime d'un accident professionnel a plusieurs employeurs, l'assureur compétent est celui de l'employeur pour lequel elle travaillait au moment de l'accident (art. 99 al. 1 OLAA). En cas d'accident non professionnel, les prestations sont allouées par l'assureur de l'employeur pour lequel la personne assurée a travaillé en dernier lieu en étant couverte pour les accidents non professionnels (art. 99 al. 2 OLAA). Si l'accident implique le versement d'une rente ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, les autres assureurs intéressés doivent lui

rembourser une partie des prestations. Leur part est calculée d'après le rapport qui existe entre le gain assuré chez chaque assureur et le gain total assuré (art. 99 al. 2 OLAA in fine).

b) Si toutes les déclarations des protagonistes sur la question de savoir au service de quel employeur la recourante a effectué son dernier jour de travail sont contradictoires, on notera toutefois une certaine constance en ce qui concerne celles de la recourante dans les pièces du dossier, que l'on retienne les dates qu'elle a indiquées avant son incapacité de travail (4 décembre 2007 pour M. _____ et 5 décembre 2007 pour K. _____), celles de sa reprise de travail (22 décembre 2007 pour M. _____ et 26 décembre 2007 pour K. _____) ou celles figurant sur les déclarations d'accident (26 décembre 2007 pour M. _____ et 28 décembre 2007 pour K. _____). En effet, la recourante a constamment indiqué qu'elle avait effectué son dernier jour de travail au service de K. _____. Les éventuelles imprécisions quant aux dates peuvent être mises sur le compte du fait qu'elle a indiqué dans les formulaires non pas le dernier jour de travail effectif mais le jour de la fin des contrats de travail. Le fait que la recourante soutienne en procédure judiciaire qu'elle a finalement effectué son dernier jour de travail au service de M. _____ peut s'expliquer par la fin difficile des relations contractuelles avec son employeur K. _____, celui-ci lui ayant clairement fait comprendre qu'il ne voulait plus rien avoir à faire avec elle et n'ayant au demeurant pas suffisamment assuré la recourante, selon les dires de celle-ci. Il lui paraissait dès lors sans doute préférable de s'adresser à son ex-ami M. _____. Il ressort toutefois des déclarations initiales de la recourante et de l'ensemble du dossier qu'il paraît hautement vraisemblable que l'assurée ait travaillé au service de K. _____ pour la dernière fois. On relèvera par surabondance qu'en ce qui concerne les déclarations de M. _____ et contrairement à ce que soutient Q. _____, il ne se souvient pas des circonstances exactes de la fin de ses rapports avec la recourante. Il sait que celle-ci a effectué un peu de comptabilité à la fin de leur relation, mais ne se souvient pas de la date. Il en découle que, sur la fin de l'année 2007, l'activité effectuée par la recourante pour le compte de M. _____ était marginale et que le rapide passage du 22 décembre 2007 de T. _____ chez M. _____ était destiné à la récupération de ses affaires personnelles et à la clôture de quelques comptes. En revanche, le 26 décembre 2007, la recourante était de retour chez son employeur K. _____ après son incapacité de travail, pour reprendre ses fonctions. Cette reprise n'a pas été concrétisée parce que S. _____ s'y est opposé libérant l'assurée de son obligation de travailler. Il n'en reste pas moins que celle-ci lui a clairement offert de travailler le 26 décembre 2007. Son dernier jour de travail s'est donc effectivement déroulé auprès de K. _____. De surcroît, malgré les déclarations de S. _____, il paraît hautement vraisemblable que la recourante ait en plus de récupérer ses affaires, rangé sa chambre et le boxe de son cheval avant de partir. Même si on retenait finalement que la recourante n'a fait que récupérer ses affaires tant le 22 décembre 2007 que le 26 décembre 2007, il faudrait alors constater que celle-ci a travaillé, avant son incapacité de travail, le 4 décembre 2007 pour M. _____ et le 5 décembre 2007 pour K. _____. Il s'ensuit que la recourante a travaillé en dernier lieu pour K. _____ et qu'il appartient à Q. _____ de prendre en charge les suites de l'accident du 16 janvier 2008, sur la base de l'art. 99 al. 2 OLAA. 7. En l'occurrence, l'appelée en cause Q. _____ a conclu au rejet du recours en ce qui pourrait la concerner et à ce qu'il soit constaté qu'il appartient à D. _____ de prendre en charge les suites de l'accidents du 16 janvier 2008. D. _____, dans ses dernières déterminations, a clairement conclu, sans toutefois prendre des conclusions explicites, qu'elle ne devait pas prendre en charge les suites de l'accident, mais qu'il appartenait à Q. _____ de le faire. La recourante a

renoncé à se déterminer d'avantage et s'est référée à ses précédentes écritures. Conformément à l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut accorder plus que la recourante n'a demandé. En l'occurrence, il aurait fallu que les assureurs-accidents se coordonnent pour rendre simultanément leurs décisions sur opposition afin que la recourante puisse faire valoir ses droits contre les deux assureurs. La procédure contre Q._____ ayant été suspendue, la recourante aurait dû, en cas de rejet par la Cour de céans de son recours déposé le 3 juin 2010 contre la décision sur opposition de D._____, reprendre la procédure contre Q._____ avec le risque que cet assureur se déclare également incompétent et que cette décision soit confirmée par une autre décision judiciaire, situation que la jurisprudence fédérale tend à juste titre à éviter (cf. TF 8C_606/2007, du 27 août 2008 précité). Il se justifie dès lors de considérer que le recours déposé par la recourante à l'encontre de D._____ doit être rejeté et que celui déposé implicitement contre Q._____, comme elle en convient elle-même dans ses déterminations du 17 avril 2012, est admis. La décision de Q._____ du 9 février 2009, confirmée par déterminations du 17 avril 2012, est, conformément aux principes d'économie de procédures et de proportionnalité, réformée en ce sens que Q._____ doit prendre en charge les suites de l'événement du 16 janvier 2008. Il convient en effet d'entrer en matière malgré l'absence formelle de procédure d'opposition (cf. TF 9C_151/2010, du 11 octobre 2010) tenant compte du fait que l'accident est survenu en janvier 2008 et de l'arrêt 8C_606/2007 précité. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Il reste à statuer sur les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). La recourante, qui obtient gain de cause vis-à-vis de Q._____ a droit à des dépens de la part de celle-ci, dès lors qu'elle a procédé avec l'assistance d'un mandataire (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Nicolas Pfister à compter du 10 février 2012 (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, comme c'est le cas en l'occurrence, elle a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qui sont arrêtés en l'espèce à 2'500 fr. à la charge de l'appelée en cause. Le montant correspondant au moins à ce qui lui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif, il n'y a pas lieu de fixer l'indemnité d'office de Me Pfister. Quoiqu'obtenant gain de cause vis-à-vis de la recourante et de Q._____, D._____ n'a pas droit à des dépens. En effet, en prévoyant à l'art. 61 let. g LPGA que seul le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens, le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 2 e éd. 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791), comme c'était d'ailleurs déjà le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), sous réserve, selon la jurisprudence, du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 127 V 205 consid. 4, critiqué par Kieser , loc. cit.), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.