

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 708 vom 13. November 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__708

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 708 du 13 novembre 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 708 del 13 novembre 2013

Regeste

ACCIDENT, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT, NOTION, CAUSE EXTÉRIEURE EXTRAORDINAIRE, LÉSION DU LIGAMENT, PREMIÈRE DÉCLARATION, MESURE D'INSTRUCTION {ASSURANCE SOCIALE}, MAXIME OFFICIELLE ET INQUISITOIRE | 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 6 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 43 LPGA, 61 let. g LPGA, 9 al. 2 let. g OLAA, 9 al. 2 OLAA, 9 OLAA

Erwägungen

E. 12

février 2013, qu'elle produit, de prendre le cas en charge au motif qu'il ne relève pas de sa compétence. La recourante joint à son écriture un bordereau de pièces qui, outre les documents susmentionnés, contient notamment des extraits du registre du commerce, diverses factures de traitements médicaux, ainsi que quatre certificats de la Dresse Z._____ attestant d'une incapacité de travail de 100% du 17 avril au 20 mai 2012, de 50% du 21 mai au 3 juin 2012, de 0% dès le 4 juin 2012, puis de 30% du 14 au 24 juin 2012. En duplique du 12 avril 2013, l'intimée allègue que la question litigieuse relève d'une appréciation juridique, raison pour laquelle un nouvel avis médical n'est pas nécessaire. Elle relève que la caisse maladie n'a pas formé opposition à la décision entreprise et reprend, au surplus, les arguments développés précédemment. A l'appui de son écriture, l'intimée produit différentes pièces, dont une procuration. Dans ses déterminations du 17 mai 2013, la recourante rétorque essentiellement que l'argumentation de l'intimée ne repose sur aucune considération juridique ou médicale solide. Elle produit un article de presse critique à l'égard de la caisse. 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 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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA). La loi 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité compétente et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. La valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 et 4 LPA-VD et art. 83c al. 1 et 2 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12

décembre 1979, RSV 173.01]). 2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement du 17 avril 2012, singulièrement si cet événement doit être qualifié d'accident ou s'il a occasionné une lésion assimilée à un accident. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute. Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (TF U 252/06 du 4 mai 2007 consid. 2 et les références). A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2). b) A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), 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. Les lésions de ligaments figurent dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA à la let. g. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; TF 8C_101/2012 du 2 mai 2013 consid. 3.1). 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 (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4). d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée). 4. a) Dans le cas d'espèce, la version des faits présentée par la recourante dans son recours ne peut pas être tenue pour établie. Le questionnaire rempli par cette dernière le 11 juin 2012 mentionne expressément qu'une description détaillée est requise, puis, dans une nouvelle question, demande de décrire en quoi l'événement se serait déroulé dans des circonstances particulières. L'assurée devait donc savoir qu'il lui appartenait de donner une description précise, en particulier en ce qui concerne le caractère inhabituel de l'événement. Partant, il n'est pas possible de retenir que le chariot serait survenu inopinément sur son passage, comme le soutient l'intéressée pour la première fois dans son opposition du 8 octobre 2012. Il y a lieu de se référer au contraire à ses premières déclarations, conformément à la jurisprudence précitée (cf. supra, consid. 3c), selon lesquelles elle s'est blessée alors qu'elle reconduisait un patient dans son lit, en effectuant un mouvement de traction plus important vers la gauche pour éviter un obstacle. Quoi qu'il en soit, ce mouvement ne revêt pas un caractère extraordinaire, indépendamment du point de savoir si ledit obstacle est survenu inopinément ou pas. En effet, le fait pour une infirmière d'éviter un objet par un mouvement de torsion, en déplaçant le lit d'un patient, n'excède pas le cadre des événements rencontrés habituellement, voire même au quotidien, dans l'exercice de cette profession. La recourante n'a du reste jamais fait état d'un mouvement non coordonné, tels une glissade ou un heurt, qui permettrait de considérer que l'effort déployé a entraîné une sollicitation accrue de l'organisme. Partant, à défaut de remplir l'une des conditions exigées par l'art. 4 LPGA (cf. supra, consid. 3a), l'événement litigieux du 17 avril 2012 ne constitue pas un accident à charge de l'intimée. b) Reste à déterminer si la lésion subie doit être assimilée à un accident au regard de l'art. 9 al. 2

OLAA (cf. supra, consid. 3b). A cet égard, la seule pièce médicale figurant au dossier, savoir le rapport de la Dresse Z. _____ du 14 juin 2012, pose le diagnostic d'entorse dorso-cervicale. Une lésion ligamentaire au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA n'est donc pas exclue. Cependant, en l'absence de toute instruction complémentaire de l'intimée sur ce point, en dépit de son devoir d'instruire la cause d'office (cf. supra, consid. 3d), il n'est pas possible de constater les faits de manière suffisante en l'état du dossier. Or, la question pourrait être déterminante dans la mesure où, si une lésion ligamentaire était établie, il faudrait admettre une lésion assimilée à un accident. La traction d'un lit sur lequel repose un patient d'environ 90 kg, en torsion, avec un mouvement brusque, tel que mentionné notamment dans le rapport médical du 14 juin 2012, constitue en effet un facteur extérieur, certes non extraordinaire, mais pouvant faire admettre l'existence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA en cas de lésion ligamentaire. L'intimée ne pouvait dès lors se contenter d'arguer que le diagnostic posé par le médecin traitant n'avait pas été confirmé par des examens spécialisés, qu'elle se devait précisément d'ordonner selon l'art. 43 al. 1 LPGA. Il y a donc lieu de lui renvoyer le dossier à cet effet. Dans ces circonstances, la question de la validité formelle de la décision contestée peut être laissée ouverte. 5. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à la caisse intimée afin qu'elle en complète l'instruction par une expertise au sens de l'art. 44 LPGA et rende une nouvelle décision. b) Vu l'admission du recours, la recourante, qui a agi avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 7 TFGAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). La recourante soutient que la manière d'agir de l'intimée aurait compliqué la procédure et créé un travail supplémentaire important, justifiant l'octroi de dépens substantiels. La liste des opérations de son conseil fait état de 15,3 heures de travail. Cette liste n'est toutefois pas suffisamment détaillée et recouvre des opérations antérieures à la décision sur opposition litigieuse. Par ailleurs, la cause n'est pas particulièrement complexe et ne comprend pas un grand nombre de pièces à étudier, au contraire. Le refus de prise en charge de factures de prestataires de soins par l'assurance-maladie et l'assurance-accidents simultanément ne constitue pas une complication excessive, vu en particulier l'art. 70 LPGA ; on peut même se demander si la question était réellement comprise dans l'objet du litige, sans qu'il soit nécessaire de la trancher. Aussi convient-il de fixer l'indemnité de dépens à 2'500 fr., ce qui suffit à couvrir les opérations nécessaires à la défense des intérêts de la recourante, et de la mettre à charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).