

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 426 vom 15. Juni 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__426

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 426 du 15 juin 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 426 del 15 giugno 2015

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, CAUSE EXTÉRIEURE
EXTRAORDINAIRE, SUITE D'UN ACCIDENT | 6 LPGA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.06.2015 Arrêt / 2015 / 426

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, CAUSE EXTÉRIEURE
EXTRAORDINAIRE, SUITE D'UN ACCIDENT | 6 LPGA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 34/14 - 56/2015 ZA14.013421 COUR DES ASSURANCES
SOCIALES _____ Arrêt du 15 juin 2015

_____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges Greffier : M. Cloux ***** Cause pendante entre : L. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne, et F. _____ SA , à [...], intimée. _____ Art. 6 LPGA E n f a i t : A. L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, mariée et mère de deux enfants, est employée depuis le mois de novembre 2008 par [...], à raison de 25.2 heures par semaine. A ce titre, elle est affiliée à F. _____ SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) au titre de l'assurance-accidents. Le 17 juin 2012, l'assurée a chuté alors qu'elle descendait un escalier menant au lac [...], et s'est tordu le genou droit. Le 19 juin 2012, l'employeuse de l'assurée a rempli une déclaration d'accident bagatelle LAA (" Bagatellunfall - Meldung UVG ") et l'a transmise à l'assurance, indiquant que l'intéressée voulait descendre les escaliers près du lac [...], lorsqu'elle s'est tordu le genou droit (" [...] wollte die Treppen beim [...] hinuntersteigen, dabei verdrehte sie sich das rechte Knie "). Elle a fait état d'une torsion/entorse (" Verdrehung/Verstauchung ") au genou droit n'ayant pas entraîné d'incapacité de travail. Par courrier du 20 juin 2012, l'assurance a pour l'essentiel exposé – en allemand – que son obligation de prise en charge au titre de l'assurance-accidents ne pouvait pas faire l'objet d'une décision définitive au vu des documents à sa disposition, mais que dans la mesure où il s'agissait d'un incident sans incapacité de gain subséquente, elle acceptait de fournir les prestations prévues par la loi sans examen plus approfondi. Elle a réservé son droit de procéder à un tel examen en cas de nouvelles interventions médicales ou de nouvelle rechute. Le 6 juin 2013, l'employeuse de l'assurée a rempli une déclaration de dommage LAA – rechute (" Schadenanmeldung UVG – Rückfall ") et l'a adressée à l'assurance. Précisant que le cas était une rechute, elle a répété sa précédente description de l'incident et les lésions subies par l'assurée. Confirmant l'absence de toute incapacité de travail à la suite de cet incident, elle a indiqué que les premiers soins avaient été prodigués par le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale. Interpellé par l'assurance, le Dr S. _____ a établi un rapport le 18 juin 2013, dans lequel il a exposé traiter l'assurée depuis le 29 mai 2013, l'intéressée se plaignant depuis quelques semaines soit depuis la fin

du mois d'avril 2013 – sans notion de nouveau traumatisme – de gonalgies droites postérieures internes. Ce praticien a posé le diagnostic d'une suspicion de lésion chondrale et méniscale. Le 16 juillet 2013, l'assurée a transmis à l'assurance un questionnaire rempli et signé le jour même, dans lequel elle a notamment indiqué ce qui suit : "(...) [Réd. : 2) Quel est la cause ou l'événement qui a provoqué cet incident ? (Description détaillée de l'incident)] Torsion du genou droite (sic) en descendant les marches de la plage de [...] pour aller dans le lac. [Réd. : 3) Est-ce qu'elle se produisit dans des conditions normales ?] Oui (...)" Par courrier du 25 juillet 2013, l'assurance a refusé d'octroyer des prestations au titre de l'assurance-accidents, indiquant que le cas d'espèce ne remplissait pas les conditions d'un accident, le fait de descendre des marches en direction d'un lac ne présentait pas de caractère extraordinaire. Elle a également nié l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Elle a toutefois renoncé à demander le remboursement d'une facture du 20 juin 2012 qu'elle avait déjà payée. L'assurée a demandé le prononcé d'une décision formelle le 12 août 2013, faisant valoir ce qui suit : "(...) Jamais je n'aurais pensé que vous aviez besoin de détails extrêmement précis de l'accident, raison pour laquelle j'ai mis principalement l'accent, lors de l'annonce de l'accident, sur le mouvement menant à ma blessure ! En l'état, il me semble important que je vous décrive précisément les circonstances de l'accident. En juin 2012, je me suis blessée au genou droit en voulant aller me baigner dans le lac à la plage de [...]. Pour information, les escaliers menant au lac sont des blocs de pierre taillés grossièrement d'une hauteur d'environ 60-80 cm (si souhaité pour preuve je vous ferai parvenir une photo). Je portais ma fille cadette alors âgée de 9 mois dans mes bras et m'engageais à descendre les « marches » pour atteindre le lac et rejoindre ma fille aînée de 4 ans. C'est alors que j'ai glissé sur la marche en pierre mouillée. J'ai essayé de rétablir l'équilibre toujours en tenant ma fille cadette dans mes bras et surtout en prenant garde à ce que qu'elle ne tombe pas à l'eau (la pauvre a d'ailleurs été balancée dans tous les sens ce qui n'a pas contribué à retrouver facilement mon équilibre). J'ai finalement perdu l'équilibre et je suis tombée avec ma jambe droite sur la marche plus au bas et me suis tordue le genou lors de la « réception ». J'ai alors ressenti une douleur dans le genou droit. Dans les jours suivants, la douleur s'est accentuée, accompagnée d'un sentiment de blocage en extension, suivi d'un sentiment d'élastique qui se bloque et de déblocage dans le genou. C'est alors que je suis allée consulter le Dr S._____. Au printemps de cette année, j'ai ressenti de plus fortes douleurs au genou blessé l'année passée et suis retournée en consultation chez le Dr S._____, lequel a alors planifié une IRM. Après avoir pris connaissance des résultats de l'IRM (lésion du cartilage due à l'accident si j'ai bien compris), Dr S._____, médecin généraliste FMH, m'a conseillé et recommandé de voir un de ces (sic) confrères, Professeur Z._____ à [...], spécialiste en orthopédie (réd. : chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). J'ai donc pris rendez-vous chez ce dernier, mardi 20 août 2013, pour une évaluation de mon genou accidenté. (...)" L'assurance a rendu une décision formelle le 19 août 2013, confirmant son refus de prestations. Elle a confirmé ses précédentes appréciations, estimant que les explications ultérieures de l'assurée contredisaient ses premières déclarations et ne pouvaient pas être acceptées. Le 21 août 2013, l'assurance-maladie de l'assurée a indiqué qu'elle analyserait le dossier de cette dernière avant de se prononcer sur le cas. L'assurée – alors représentée par sa protection juridique – s'est opposée le 19 septembre 2013 à la décision du 19 août 2013, concluant à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'incident du 17 juin 2012 et de la rechute du 6 juin 2013. Elle a contesté s'être contredite, faisant valoir qu'elle ignorait dans un premier temps qu'une description précise

des faits était nécessaire et qu'elle avait ensuite apporté des informations complémentaires. Produisant neuf photographies attestant de la topographie des lieux de l'événement du 17 juin 2012, elle a soutenu qu'au vu des caractéristiques de l'endroit et de l'humidité des marches, la description détaillée qu'elle avait faite de l'incident ("glissade sur la pierre mouillée, perte d'équilibre, chute sur la marche et torsion du genou lors de la réception") démontrait de façon plausible la survenance d'un accident au sens de la loi. Elle a indiqué que le Prof. Z. _____ attribuait à ses lésions une origine exclusivement post-traumatique, un rapport de ce spécialiste devant être produit ultérieurement. Par courrier du 2 octobre 2013, l'assurance-maladie de l'assurée a retiré son "opposition provisoire du 21 août 2013", estimant qu'au vu des informations collectées, les frais médicaux litigieux étaient à sa charge. La recourante a produit le 21 octobre 2013 un rapport du Prof. Z. _____ du 19 septembre 2013, auquel elle s'est en substance ralliée. Posant le diagnostic de status après traumatisme du genou droit avec chondropathie et souffrance du ménisque interne, ce praticien a indiqué que les lésions de l'assurée étaient à son avis post-traumatiques, aucune maladie n'associant "une chondropathie de ce type avec une lésion méniscale telle qu'elle était décrite dans l'IRM". Il a encore relevé que la lésion méniscale interne de l'assurée et les lésions cartilagineuses de cette dernière étaient d'origine post-traumatique. Par lettre du 14 novembre 2013, la recourante a requis, dans la mesure où l'assurance ne se rallierait pas aux avis du Dr S. _____ et du Prof. Z. _____, la mise sur pied d'une expertise médicale. Par décision sur opposition du 26 février 2014, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a en substance considéré que les versions données par l'assurée les 16 juillet et 12 août 2013 différaient quant aux circonstances de l'incident du 17 juin 2012. Jugeant la première plus convaincante, l'assurance a retenu que le fait de poser le pied de façon normale sur une marche d'escalier – ceci même au vu de la topographie des lieux –, en l'absence de faux mouvement ou de chute, constituait un mouvement quotidien sans interruption ni dérangement par un facteur extérieur, de sorte que les conditions constitutives d'un accident n'étaient pas remplies. L'assurance a en outre retenu que les documents médicaux au dossier faisaient uniquement état de gonalgies d'origine chondrale ou méniscale, à l'exclusion d'une déchirure du ménisque, qui serait apparue sur l'imagerie IRM pratiquée. Elle en a déduit que le cas n'était pas soumis aux conditions régissant les lésions corporelles assimilées à un accident. Elle a finalement retenu que dans la mesure où les prestations litigieuses se rapportaient à un cas de rechute, l'assurée supportait le fardeau de la preuve, sans que l'assureur soit tenu de procéder à des investigations complémentaires. B. Par acte du 31 mars 2014, L. _____ – désormais assistée de l'avocat Claudio Venturelli – a recouru contre cette décision sur opposition, alléguant que celle-ci avait été notifiée le 28 février 2014. Avec suite de frais et dépens, elle a conclu principalement à la réforme de cette décision sur opposition dans le sens de la prise en charge des suites de l'incident du 17 juin 2012 et de la rechute du printemps de l'année 2013 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a contesté que ses déclarations successives soient contradictoires, soutenant avoir seulement apporté des précisions à la demande de l'intimée. Faisant valoir que celle-ci avait fourni ses prestations un an auparavant, la recourante a soutenu qu'elle pouvait croire de bonne foi que la prise en charge de nouvelles séquelles ne poserait pas de difficultés particulières et qu'il n'était dès lors pas nécessaire de se montrer d'emblée précise à l'extrême. Invoquant les principes de la bonne foi et du formalisme excessif, elle a reproché à l'intimée de n'avoir pas procédé à des investigations complémentaires. En droit, la recourante a fait valoir que le déroulement de l'incident du

17 juin 2012 remplissait les conditions d'un accident, Se prévalant de l'avis du Prof. Z. _____ du 19 septembre 2014, elle a en outre soutenu que l'origine traumatique de ses lésions était établie, dans la mesure où elle n'avait jamais connu de problèmes auparavant. La recourante a requis, pour le cas où l'appréciation du Prof. Z. _____ ne serait pas retenue, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, subsidiairement que le dossier soit retourné à l'intimée pour instruction complémentaire dans ce sens. Répondant le 5 mai 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Estimant que le recours est recevable, elle a pour l'essentiel repris sur le fond les arguments développés dans sa décision sur opposition, relevant au surplus que le traitement n'avait repris, selon le Dr S. _____, que près d'un an après l'incident litigieux, qui n'avait alors donné lieu qu'à une consultation médicale pour une entorse, celle-ci ayant été facturée au prix de 57 fr. 20. Par réplique et duplique des 2 juillet et 4 août 2014, la recourante puis l'intimée ont maintenu leurs positions respectives. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]). b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]). c) L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 60 al. 2 cum art. 38 al. 3 LPGA). En l'espèce, rien ne permet de mettre en doute les allégations de la recourante quant au fait que la décision sur opposition litigieuse aurait été notifiée le 28 février 2014, en particulier au vu des déterminations de l'intimée quant à la recevabilité du recours (cf. réponse du 5 mai 2014). Le délai de recours a dès lors commencé à courir le lendemain pour échoir le dimanche 30 mars 2014, reporté au lundi 31 mars 2014. Déposé le dernier jour de ce délai, le recours – qui remplit les conditions légales de forme – est recevable. 2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents à compter du mois de juin 2013. 3. a) 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. 6 LPGA). La notion d'accident se décompose 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_579/2014 du 28 novembre 2014 consid. 4). 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 (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1; TF 8C_579/2014 précité consid. 4). Est ainsi déterminant le fait que l'atteinte sur le corps humain sorte du cadre environnant normal. De seuls effets inhabituels ne fondent pas le caractère extraordinaire (ATF 134 V

72 consid. 4.3.1 in fine; TF 8C_231/2014 du 27 août 2014 consid. 2.3). 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 134 V 72 consid. 4.3.1 et réf. cit.; TF 8C_579/2014 précité consid. 4). Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C_579/2014 précité consid. 4). A titre d'exemple, un mouvement réflexe constituant à reculer de quelques pas lorsqu'un objet – même lourd – se débloque alors qu'il est tiré d'une étagère ne revêt pas de caractère extraordinaire (TF 8C_783/2013 du 10 avril 2014 consid. 6.2). b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend en principe à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits (TF 8C_92/2010 du 6 octobre 2010 consid. 2 et réf. cit.). c) En vertu du principe inquisitoire, 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 (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 (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). Dans le cas d'une rechute, il incombe toutefois à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. La jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_92/2010 précité consid. 2 et réf. cit.). Cependant, cette règle entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire (art. 43 LPGA), d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de la vraisemblance prépondérante, correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3). Le Tribunal administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c in fine LPGA). Face aux déclarations contradictoires d'une partie, il faut en général accorder la préférence aux premières déclarations, faites alors que l'assuré en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a; ATF 115 V 143 consid. 8c). 4. a) Dans le cas d'espèce, la recourante soutient que ses déclarations successives ne sont pas contradictoires, mais que ses explications du 12 août 2013 complètent – sans les remettre en cause – celles du 16 juillet 2013. Répondant le

16 juillet 2013 aux questions de l'intimée, l'intéressée a indiqué que le 17 juin 2012, elle avait subi une torsion du genou droit en descendant des marches, confirmant expressément que cet événement s'était produit dans des conditions normales. Ce n'est que par la suite, après que l'intimée a refusé ses prestations par courrier du 25 juillet 2013, qu'elle a invoqué diverses circonstances (type de marches; humidité; glissade; port d'un enfant de neuf mois lors de l'incident lors de la perte d'équilibre, cette charge empêchant l'intéressée de se stabiliser) justifiant selon elle que l'incident soit qualifié d'accident. En procédure d'opposition, la recourante a produit neuf photographies attestant de la topographie des lieux. Comme l'a toutefois relevé l'intimée dans la décision sur opposition litigieuse, la taille de ces marches – savoir entre soixante et huitante centimètres – ne suffit pas encore à fonder le caractère extraordinaire de la chute. Il en va en outre de même de l'humidité des marches, l'escalier conduisant précisément dans un lac. On ne saurait par ailleurs déduire de l'exactitude de ces faits que les autres circonstances invoquées par la recourante sont également avérées. En effet, on relèvera que le fait de porter une enfant de neuf mois et de glisser, l'enfant empêchant la recourante de retrouver l'équilibre, ne constituent pas des conditions "normales", alors que l'intéressée avait précisément indiqué que l'incident s'était déroulé dans de telles conditions. b) Ainsi, la recourante a non seulement modifié sa version des faits de manière contradictoire, mais elle a précisément invoqué de nouveaux éléments tendant à influencer sur l'issue du litige. Ces faits n'emportent dès lors pas la conviction, sans qu'il importe de savoir si l'intéressée a agi intentionnellement ou non (cf. supra consid. 3/c in fine). On retiendra ainsi que c'est dans des circonstances normales que la recourante a posé le pied sur une marche en descendant les marches conduisant au lac de [...], lorsqu'elle s'est tordu le genou. Par définition, de telles circonstances ne remplissent pas la condition du caractère extraordinaire d'un facteur extérieur, de sorte que l'incident du 17 juin 2012 ne peut pas être qualifié d'accident, y compris à l'aune des conditions régissant les lésions survenues à la suite d'un mouvement corporel (cf. supra consid. 3/a in fine). c) Dans sa décision sur opposition, l'intimée a par ailleurs exclu que les lésions constatées par le Dr S. _____ et par le Prof. Z. _____ relèvent de l'art. 9 al. 2 OLAA. Aucun de ces deux praticiens n'a confirmé l'existence d'une déchirure du ménisque, mentionnant uniquement des gonalgies d'origine chondrale ou méniscale. À défaut d'un événement particulier à l'origine d'une telle atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). Il n'est ainsi pas utile d'examiner en détail les conditions de cette disposition en détail. On relèvera simplement qu'il paraît douteux que les douleurs dont la recourante se plaint aient été causées par l'incident du 17 juin 2012, dans la mesure où elles ne sont apparues que près d'un an après l'événement. Ce point peut toutefois rester indécis. Enfin, la recourante fait valoir une rechute pour laquelle elle supporte le fardeau de la preuve. d) Le défaut de caractère extraordinaire d'un facteur extérieur n'étant pas de nature médicale, on ne voit au surplus pas quelles mesures d'instruction supplémentaires l'intimée aurait pu entreprendre afin d'élucider davantage les faits. Aucun témoin n'est en particulier en mesure de confirmer ou d'infirmer les dires de la recourante, le témoignage de ses deux filles – âgées de neuf mois et quatre ans au moment des faits, plus d'un an avant la demande de prestations litigieuse – n'entrant évidemment pas en ligne de compte. C'est ainsi en vain que la recourante – dont les déclarations constituent en définitive la seule source d'informations sur le déroulement des faits – fait grief à l'intimée d'avoir violé les principes de la bonne foi et du formalisme excessif dans la conduite de l'instruction. On rappellera à cet égard que l'assuré supporte, au-delà des limites du principe inquisitoire (cf. supra

consid. 3c in medio), le fardeau de la preuve pour les prestations auxquelles il prétend. e) Vu le sort du recours, il n'est pas fait droit à la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, les avis médicaux du Dr. S. _____ et du Prof. Z. _____ n'étant pas décisifs dans le cas d'espèce. 5. a) Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision sur opposition litigieuse du 26 février 2014. b) Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. g LPGA). Vu le sort du recours, il n'y a pas non plus lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. a LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). L'intimée a pris des conclusions avec suite de frais et dépens, de sorte qu'il se justifie de rappeler que l'assureur social qui obtient gain de cause n'a pas droit à des dépens, sous réserve des cas où la partie demanderesse fait preuve de témérité ou de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4a ; TF 9C_907/2013 du 29 août 2014 consid. 8.1), cette condition n'étant pas remplie en l'espèce. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 26 février 2014 par F. _____ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Claudio Venturelli (pour L. _____), ■ F. _____ SA, - 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). Le greffier :

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