

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er décembre 2011

Présidence de M. JOMINI, juge unique
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

K._____, à Penthalaz, recourant, représenté par Me Laurent Savoy,
avocat à Lausanne,

et

T._____, Service juridique, à Bottmingen, intimée.

Art. 4 LPGA; 6 al. 2 LAA; 9 al. 2 OLAA; 94 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. K._____, né en 1961, est employé d'I._____. SA. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, dans le cadre de la LAA, auprès de la T._____ (ci-après: T._____).

B. Le 10 janvier 2009, K._____ était au Pavillon des sports de combats (dojo) de Macolin, pour pratiquer un entraînement de judo. Il s'est blessé à cette occasion. Les circonstances de la blessure sont décrites ainsi dans la déclaration de sinistre LAA remise par l'employeur le 25 mai 2009 à T._____: « Durant un entraînement de judo, je me suis blessé à un orteil. J'ai donc poursuivi l'entraînement au sol et lors d'un randori j'ai eu la nuque tordue et ressenti une douleur dans la colonne cervicale du côté droit ». Les lésions étaient décrites ainsi sur cette formule : contracture de la nuque à droite, inflammation du nerf du 3^{ème} orteil droit. La déclaration d'accident indiquait en outre que l'assuré avait été soigné par le Dr X._____, chiropraticien à Lausanne. Celui-ci a rempli, le 11 juin 2009, une formule « Certificat médical LAA » de l'assurance, après un traitement chiropratique prescrit le 20 mars 2009. Dans la rubrique « Indications du patient, déroulement de l'accident », il a écrit : « Douleurs cervicales droites apparues dans le cadre d'un traumatisme de cette région lors de l'entraînement de judo; empirent les semaines suivantes; récurrence d'antécédents 1994, 1999 et 2000 ». Dans la rubrique « constat radiologique », il a indiqué: « forte arthrose cervicale étagée ». Il a posé le diagnostic provisoire suivant: « Syndrome cervico-scapulaire droit post-traumatique ». Le certificat précise qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail.

C. T._____ a demandé à l'assuré de remplir un questionnaire à propos de ces événements.

Le 28 juin 2009, K._____ a précisé ce qui suit, s'agissant de la blessure à l'orteil: celle-ci a été provoquée par « un mouvement de rotation en appui sur l'avant du pied droit lors de répétitions de techniques

», avec une « douleur immédiate au niveau des orteils ». Pour cette blessure, il a suivi un traitement (infiltration) auprès du Dr U._____, chirurgien orthopédique, à Lausanne.

L'assuré a par ailleurs précisé les circonstances dans lesquelles il a ressenti la douleur dans la colonne cervicale: « Lors d'un randori au sol soutenu, j'ai essayé de me dégager d'une saisie en immobilisation tout à fait traditionnelle. Ma tête est restée coincée et j'ai ressenti une vive douleur à droite au niveau de la nuque. Cette douleur s'est accentuée après l'entraînement au fur et à mesure que j'étais moins chaud ». L'assuré a indiqué qu'il avait pour cela suivi un traitement prodigué par le physiothérapeute R._____, (massage, ostéopathie); le Dr U._____ en avait été informé et lui avait conseillé de poursuivre ce traitement.

D. Par une lettre du 6 juillet 2009, T._____ a informé l'assuré qu'elle envisageait de ne pas prendre en charge les traitements. K._____ a répondu, le 14 juillet 2009, en présentant différentes objections.

Le 17 juillet 2009, T._____ a rendu une décision de refus de prestations.

K._____ formé opposition le 14 septembre 2009, par l'intermédiaire de son avocat.

E. Le Dr U._____, médecin traitant de l'assuré, a été invité par T._____ à remplir un formulaire « rapport initial LAA ». Le 23 juillet 2009, il a remis ce document au médecin-conseil de l'assurance et mentionné les diagnostics suivants: entorse avant-pied droit, entorse cervicale. Il a retenu un lien de causalité avec l'accident du 10 janvier 2009.

Le 11 septembre 2009, le Dr U._____ a envoyé le rapport médical suivant à l'avocat de l'assuré (ce rapport a été transmis le 22 septembre 2009 à l'assurance):

« M. K. _____, lors de la pratique du judo le 10 janvier 2009, a été victime d'un traumatisme de l'avant-pied droit et de la colonne cervicale.

Il s'agit d'un mécanisme incluant un appui et une rotation qui a généré une entorse au niveau des articulations métatarso-phalangiennes 2-3-4 qui reste présentement douloureux, et un traitement médical est en cours. L'examen clinique démontre des douleurs sous les têtes métatarsiennes 2 à 4.

En ce qui concerne la colonne cervicale, il s'agit d'un mécanisme d'entorse cervicale haute avec cervicalgie résiduelle actuellement encore en traitement. L'examen clinique est caractérisé par des douleurs et une limitation fonctionnelle des rotations vers la droite en particulier. »

Le Dr U. _____ avait demandé des examens radiologiques. Le 2 juin 2009, une IRM cervicale avait été effectuée (rapport du Dr P. _____), et le 1^{er} septembre 2009 une IRM de l'avant-pied droit (rapport du Dr Q. _____).

F. T. _____ a rendu le 24 février 2010 une décision sur opposition, par laquelle elle a rejeté l'opposition formée le 14 septembre 2009. Elle a retenu en substance ce qui suit :

En premier lieu, il n'y a pas eu d'accident au sens du droit fédéral. Pour la lésion au pied droit, le critère du facteur extraordinaire - élément de la définition de l'accident selon l'art. 4 LPGA - doit être nié parce qu'il n'y a pas eu, « le jour de l'incident, une circonstance particulière, de telle sorte que le mouvement en question fut soudain, involontaire ou d'une grande gravité, pas plus qu'il ait provoqué une prise de risque accrue » (consid. 8). L'assurance a appliqué le même raisonnement à propos de la seconde lésion, en ajoutant qu'il n'y avait pas eu « une sollicitation du corps physiologiquement plus élevée que la normale et dépassant ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique », ni de « facteur exogène au corps humain », car l'assuré, judoka expérimenté, s'était trouvé confronté à une situation « pour lui tout à fait courante ». Elle a ajouté: « s'agissant d'une immobilisation, dont le but est précisément d'empêcher la sortie de l'autre combattant, il est en outre peu étonnant qu'un membre soit retenu, agrippé ou bien encore subisse une pression visant à contrer le mouvement libérateur » (consid. 9).

Ensuite, l'assurance a considéré que l'assuré n'avait pas subi une lésion corporelle assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Selon la décision, une telle lésion n'a pas pu être diagnostiquée, pour le pied, « ni par le médecin traitant ni par l'IRM » (consid. 12). La même constatation a été faite à propos de la nuque, « la pathologie constatée semblant bien plutôt d'origine interne, respectivement de nature dégénérative » (consid. 13).

T._____ a encore relevé que la caisse-maladie de l'assuré (O._____) ne s'était pas opposée à sa première décision, du 17 juillet 2009 (consid. 14). L'intimée a considéré en définitive qu'elle était fondée à refuser de prendre en charge les suites de l'événement du 10 janvier 2009.

G. K._____ a recouru le 12 avril 2010 contre la décision sur opposition. Il conclut à la réforme de cette décision, dans ce sens que T._____ est astreinte à lui allouer toutes les prestations légales à sa charge, à la suite des deux accidents de judo du 10 janvier 2009, en prenant notamment à sa charge toutes les notes d'honoraires liées aux traitements médicaux générés par ces deux accidents.

Dans sa réponse du 25 mai 2010, T._____ conclut au rejet du recours, dans la mesure où il est recevable.

Les parties ont déposé des déterminations ou observations complémentaires, sans modifier leurs conclusions.

E n d r o i t :

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 selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et

58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA – délai suspendu pendant les fêtes). L'acte de recours doit être motivé et contenir des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Ces conditions sont remplies en l'espèce, de sorte qu'il faut entrer en matière sur le fond.

2. La contestation porte sur la prise en charge de notes d'honoraires médicaux, et d'éventuels autres frais, pour le traitement des deux blessures subies le 10 janvier 2009 – événement qui n'a pas entraîné d'incapacité de travail. Le recourant ne précise pas le montant de ces frais. Cela étant, on doit retenir que globalement, ce montant est manifestement inférieur à 30'000 fr. Il s'ensuit que le juge unique est compétent pour statuer sur le recours (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

3. Le recourant, qui prétend à des prestations en vertu de la LAA, reproche en premier lieu à l'assurance intimée de n'avoir pas considéré que les lésions subies, à savoir l'entorse de l'avant-pied droit et l'entorse cervicale, étaient des lésions corporelles assimilées à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202).

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. La notion d'accident est définie à l'art. 4 LPGA: il s'agit de 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.

L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes

dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

Cette réglementation 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 (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 (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 4.2 et les références citées). Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 c. 3; TF U 162/06 du 10 avril 2007 c. 5.2.1 et 5.3).

b) Celui qui se blesse lors d'un entraînement de judo, parce qu'il chute, parce qu'il reçoit un coup, ou a fortiori parce qu'il est entravé

dans un mouvement par un partenaire d'entraînement (dans un « randori »), peut invoquer le facteur extérieur de l'atteinte (cf. Frésard/Moser-Szeless, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer éd., LAA, n. 66, p. 859). Cette condition de l'application des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA est donc remplie.

c) La notion de lésion de ligaments, au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA, ne comprend pas seulement la rupture de ligaments, mais aussi les étirements et les élongations de ligaments (cf. TFA U 17/02 du 10 décembre 2002, consid. 3.2 ; TFA U 277/99 du 30 août 2001, consid. 4a).

d) En l'espèce, le Dr U. _____ a diagnostiqué, dans les deux cas (pied et nuque), une entorse (cf. rapport médical initial du 23 juillet 2009). L'entorse peut être définie comme le traumatisme d'une articulation dû à un mouvement forcé de cette jointure et s'accompagnant d'une élongation ou d'une rupture des ligaments articulaires sans qu'il s'ensuive de déplacement permanent des extrémités articulaires. L'entorse est caractérisée par des lésions des ligaments, des lésions de la capsule articulaire et de la synoviale, et surtout par des troubles vasomoteurs (cf. Larousse Médical). En cas d'entorse, le ligament est en général étiré ou distendu, mais il peut être également déchiré (entorse grave ou déchirure - cf. wikipedia.org).

Le diagnostic d'entorse peut inclure une lésion de ligaments au sens précité. Dans le cas particulier, l'assurance intimée a rendu sa première décision avant même d'avoir reçu le rapport médical du Dr U. _____, donc sans connaître ce diagnostic. Dans la décision sur opposition, l'intimée a considéré qu'une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA n'avait pas pu être diagnostiquée ni au pied droit (consid. 12), ni à la nuque (consid. 13). Elle n'a pourtant pas exposé pourquoi les diagnostics d'entorse, du Dr U. _____, ne pouvaient pas être compris comme des diagnostics d'étirement ou d'élongation des ligaments concernés. L'assurance s'est référée surtout aux rapports des radiologues, relatifs à des examens IRM effectués longtemps après le 10 janvier 2009. Or ces radiologues n'ont pas exclu des lésions de ligaments, et le Dr U. _____ a

posé ces diagnostics en connaissant les rapports radiologiques, qui lui avaient été directement adressés. Quant au chiropraticien Dr X._____, il s'est uniquement prononcé sur les douleurs à la nuque, sans exclure la possibilité d'une entorse; il n'a pas examiné le pied du recourant. Enfin, les déclarations du recourant lui-même, ou de son employeur dans la déclaration d'accident, sur l'origine de ses douleurs ne sont pas directement pertinentes pour établir médicalement l'existence d'une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

Il est vrai que le rapport du Dr U._____ est bref; il n'est cependant en soi pas contesté dans un autre avis médical. Quoi qu'il en soit, on ne pouvait affirmer sans autre qu'aucune lésion de ligaments n'avait été diagnostiquée. Si l'assurance intimée estimait qu'il n'était pas possible, sur cette base, d'admettre la survenance, le 10 janvier 2009, de lésions de ligaments, il lui incombait de compléter l'instruction sur le plan médical, soit en demandant une prise de position à son médecin-conseil, soit en désignant un expert extérieur (art. 44 LPGA).

Cela étant, il faut considérer que l'assurance intimée n'a pas constaté les faits pertinents d'une manière complète, alors qu'elle avait l'obligation d'instruire ces questions si elle entendait refuser de prendre en charge les suites des accidents. Partant, elle a rendu une décision de refus de prestations violant les dispositions du droit fédéral relatives aux lésions assimilées (art. 6 al. 2 LAA, art. 9 al. 2 let. g OLAA). La décision attaquée doit donc être annulée.

e) Il n'est pas opportun de compléter l'instruction dans le cadre de la présente procédure judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu de fixer une audience pour entendre des médecins, comme le requiert le recourant.

L'affaire doit bien plutôt être renvoyée à l'assurance intimée pour nouvelle décision. Si elle estime en définitive que le double diagnostic d'entorse, posé par le Dr U._____, est suffisant, elle devra rendre une décision fixant les conditions de la prise en charge des

traitements qui se trouvent dans un lien de causalité avec l'accident. Si elle estime au contraire qu'il faut compléter l'instruction sur le plan médical, elle rendra une nouvelle décision sur le droit aux prestations à l'issue de l'instruction.

3. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'assurance intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.

La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 24 février 2010 par la T._____ est annulée et l'affaire est renvoyée à cette assurance pour nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à verser au recourant K._____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'intimée T._____.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Laurent Savoy, avocat (pour K. _____),
- T. _____,
- 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 :