

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Thalmann et M. Merz
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

X._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jacques Ballenegger, avocat à Lausanne,

et

MUTUEL ASSURANCES SA, à Martigny, intimée.

Art. 4 et 43 al. 1 LPGA, 6 al. 1 et 2 LAA et 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967, originaire du Canada, travaillait en qualité d'infirmière au [...] depuis 2001. Par déclaration d'accident du 29 mai 2012, l'employeur a annoncé à Mutuel Assurances SA (ci-après: la caisse ou l'assureur-accidents) que, le 17 avril 2012, l'assurée avait fait un faux mouvement en tirant un lit avec un patient d'environ 90 kg et qu'elle s'était fait mal au dos dans une position en torsion.

Dans un formulaire type destiné à la caisse, daté du 14 juin 2012, la Dresse Z._____, interniste, a diagnostiqué une entorse dorso-cervicale. Elle signalait que cette lésion était uniquement due au sinistre annoncé, mais que l'assurée présentait une spondylarthrite connue. Sous la rubrique relative aux indications de la patiente, il était indiqué que cette dernière avait fait un mouvement de « traction en reculant d'un lit du patient avec brusque [mouvement] d'évitement avec tête en rotation ». L'incapacité de travail était fixée à 100% depuis le 17 avril 2012.

Le 11 juin 2012, l'assurée a indiqué, dans un questionnaire de l'assureur-accidents, qu'en reconduisant un patient d'environ 90 kg avec son lit vers son box, elle avait effectué une traction plus importante vers la gauche pour éviter un obstacle. Elle avait alors ressenti une douleur subite sous la forme d'un élancement entre les omoplates, puis des vertiges, un malaise et, l'heure suivante, une contracture dorsale augmentant au fur et à mesure qu'une rigidité cervicale s'installait. L'intéressée exposait encore qu'il s'agissait d'une activité habituelle, qui s'était toutefois déroulée dans des circonstances particulières, puisqu'elle s'était retrouvée dans l'obligation de contourner un chariot infirmier sur le passage pour éviter un risque de collision. Elle ajoutait que le traitement médical se poursuivait, mais qu'elle avait pu reprendre le travail à 50% depuis le 21 mai 2013, puis à 100% dès le 4 juin suivant.

Par décision du 7 septembre 2012, la caisse a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 17 avril 2012, considérant que celui-ci ne constituait ni un accident, ni une lésion assimilée à un accident. Elle arguait en particulier qu'il était usuel pour une infirmière de devoir déplacer des lits et éviter des obstacles, de sorte que l'exigence d'une cause extérieure extraordinaire faisait défaut. Elle invitait dès lors l'assurée à s'adresser à son assurance-maladie.

Lors d'un entretien téléphonique du 21 septembre 2012, l'assurée a manifesté à la caisse son étonnement quant à la décision rendue. Elle expliquait qu'elle reconduisait un patient à reculons lorsqu'un chariot s'était retrouvé sur son passage et que c'était en voulant l'éviter qu'elle s'était blessée.

Par courrier de son conseil du 8 octobre 2012, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 7 septembre 2012. Elle contestait premièrement la validité formelle de cette dernière, laquelle n'avait pas été signée par des personnes inscrites au registre du commerce. Elle reprochait ensuite à l'assureur-accidents d'avoir tardé à rendre sa décision et compliqué de ce fait la reconstitution des faits pertinents. Elle affirmait que l'événement du 17 avril 2012 s'était produit dans des circonstances extérieures inhabituelles, puisqu'en poussant le lit d'un malade, elle avait soudain dû éviter une collision avec un chariot surgi inopinément dans le couloir. Elle estimait au surplus que sa lésion devait être assimilée à un accident et invitait donc la caisse à accepter la couverture du cas.

Par décision sur opposition du 8 novembre 2012, la caisse a confirmé sa décision du 7 septembre précédent. Elle maintenait que l'événement litigieux n'avait pas été provoqué par une cause extérieure extraordinaire, dans la mesure où rien n'indiquait que le chariot que l'assurée avait cherché à éviter était en mouvement et survenu inopinément sur son chemin. Elle relevait en outre que le mouvement de traction effectué par l'intéressée, même s'il avait revêtu durant un court instant une intensité particulière, ne constituait pas un mouvement au

potentiel lésionnel accru et ne sortait pas du cadre du travail quotidien d'une infirmière qui exerçait ce métier depuis plus de onze ans. L'assureur-accidents considérait en outre que le diagnostic d'entorse dorso-cervicale posé par la Dresse Z. _____ n'avait pas été confirmé par des examens spécialisés, si bien qu'il n'était pas possible de le qualifier de déboîtement d'articulation ou d'une autre lésion corporelle assimilée à un accident. La caisse en concluait qu'il n'existait pas de droit à des prestations découlant de l'assurance-accidents.

B. X. _____ a recouru contre cette décision sur opposition le 10 décembre 2012, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que Mutuel Assurances SA est tenue de prendre en charge les conséquences de l'accident du 17 avril 2012, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à la caisse pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle réitère en premier chef son grief relatif à l'invalidité formelle de la décision entreprise, à défaut d'avoir été signée par des personnes figurant au registre du commerce. Elle reproche ensuite à l'intimée d'avoir agi en violation du principe de la bonne foi et de son obligation d'instruction, en différant de statuer sans chercher à savoir exactement de quelle manière les faits s'étaient déroulés. Qualifiant l'appréciation de l'assureur-accidents d'arbitraire, elle fait valoir que la lésion subie ne résulte pas du fait, ordinaire, qu'elle a tiré un lit, mais d'un mouvement très brusque accompli pour éviter une collision, soit d'un événement extérieur et extraordinaire. Elle soutient enfin qu'elle n'avait aucune prédisposition qui permettrait de rattacher l'entorse à des causes antérieures à l'accident et que le préjudice corporel subi constitue une lésion assimilée à un accident.

Dans sa réponse du 16 janvier 2013, Mutuel Assurances SA conclut au rejet du recours. Tout en contestant les arguments de la recourante relatifs à l'invalidité formelle de la décision attaquée et à la violation du devoir d'instruction, l'intimée estime pour sa part qu'il y a lieu de s'en tenir aux premières déclarations de l'assurée, du 11 juin 2012, selon lesquelles cette dernière s'est fait mal au dos en effectuant un mouvement de traction plus important vers la gauche pour éviter un

chariot se trouvant sur son passage. La caisse maintient que pareil effort est inhérent au métier d'infirmière, de sorte qu'il ne saurait être considéré comme extraordinaire. Elle rappelle également que la recourante présente un contexte d'origine malade, soit une spondylarthrite connue, qui a joué un rôle. Enfin, elle écarte toute lésion assimilée à un accident en l'absence de diagnostic spécialisé et de cause extérieure.

En réplique du 11 mars 2013, la recourante confirme ses conclusions. Elle reproche à l'intimée de ne pas avoir sollicité une nouvelle appréciation médicale avant de rendre la décision querellée et affirme qu'un éventuel lien entre la spondylarthrite et le traumatisme subi n'est pas démontré, références médicales à l'appui. Elle soutient que les déclarations postérieures au 11 juin 2012 ne sont pas contradictoires mais complémentaires et soupçonne la caisse d'avoir délibérément atermoyé dans le but de compromettre l'établissement des faits. Elle allègue que la position de l'assureur-accidents est d'autant moins soutenable que sa caisse-maladie Philos Assurance Maladie SA a refusé, dans un courrier du 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 LPGA). 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 LPG). 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 TFJAS [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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 8 novembre 2012 par Mutuel Assurances SA est annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Mutuel Assurances SA versera à X. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jacques Ballenegger, avocat (pour X. _____),
- Mutuel Assurances 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).

La greffière :