

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Merz, juge, et Pittet, assesseur
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, recourante,

et

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Lausanne,
intimée,

et

B. _____, à [...], tiers intéressé.

Art. 4 LPGA; 6 LAA; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré), né en [...], est employé depuis le 1^{er} novembre 2012 en qualité de courtier en publicité auprès de l'entreprise C. _____, à [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : Vaudoise Assurances ou l'intimée).

Le 20 juillet 2013, l'assuré a subi une lésion au poignet gauche en faisant du jet-ski pendant ses vacances en [...].

Par déclaration d'accident LAA du 7 août 2013 adressée à Vaudoise Assurances, l'employeur a annoncé que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 5 août 2013. Il a indiqué que l'assuré avait subi, comme type de lésion, une distension des ligaments au poignet gauche et a décrit l'événement comme suit :

« En montant sur un Jet-ski, l'assuré s'est appuyé sur la poignée du guidon et il s'est tordu le poignet ».

Sur demande de Vaudoise Assurances, l'assuré a complété et retourné le 21 août 2013 un questionnaire afin de préciser le déroulement de l'événement annoncé. Il a déclaré qu'en montant « simplement » sur un jet-ski, il s'était tordu le poignet sur le guidon. A la question de savoir si l'événement s'était déroulé dans des conditions normales, il a répondu « oui ». A celle de savoir s'il s'était produit quelque chose de particulier (coup, chute, glissade, etc.), il a répondu « non ».

Dans un rapport médical initial LAA du 23 septembre 2013, la Dresse K. _____, médecin assistante à la Clinique [...], a exposé que lors des premiers soins le 3 août 2013, l'assuré s'était plaint d'un « craquement/torsion en montant sur un jet ski à la prise du guidon ». Elle a fait part des constatations suivantes : « empatement cubito-carpien, douleur TFCC [complexe fibro-cartilagineux triangulaire], laxité, touche

piano cubitale distale, diastase radio-ulnaire distale, pas de lésion op ». La Dresse K. _____ a posé le diagnostic de luxation radio-ulnaire-distale gauche et a prescrit un traitement par immobilisation plâtrée. Elle a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 27 août 2013.

Par décision du 10 octobre 2013, Vaudoise Assurances a refusé d'allouer des prestations pour l'événement du 20 juillet 2013 au motif que l'assuré n'avait pas été victime d'un accident. Elle a constaté, au vu de la déclaration d'accident LAA du 7 août 2013 et du questionnaire rempli par l'assuré le 21 août 2013, qu'il ne s'était rien produit de particulier d'origine externe et qu'il n'y avait par conséquent aucune cause extérieure extraordinaire. Le cas ne relevait pas non plus d'une lésion assimilée à un accident. En conséquence, le cas était transmis à l'assureur maladie de l'assuré, Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel ou la recourante).

Le 22 octobre 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a expliqué n'avoir rempli la déclaration d'accident que de manière succincte étant donné qu'il était persuadé qu'il s'agissait d'un accident. Il a alors complété les faits comme suit :

« En voulant sauter pour monter sur le jet-ski, une vague a déséquilibré le jet-ski et M. B. _____ s'est rattrapé sur la poignée et le poids de son corps l'a tordu. Il a même heurté la tête avec le guidon ».

Vaudoise Assurances a soumis le cas de l'assuré à son médecin-conseil, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans sa note du 19 novembre 2013, le Dr T. _____ a estimé que le diagnostic posé par la Dresse K. _____ ne pouvait pas être retenu dans la mesure où une luxation radio-ulnaire nécessite une réduction et même une stabilisation en urgence ou en urgence différée alors qu'en l'espèce l'assuré n'a pas été traité en [...] et a été immobilisé dans un plâtre pendant cinq semaines à partir du 3 août 2013. Au vu des constatations cliniques faites par la Dresse K. _____, le Dr T. _____ retenait une laxité cubitale distale, d'origine probablement physiologique. L'événement du 20 juillet 2013 ne

pouvait pas entraîner de luxation radio-cubitale distale. En outre, aucune lésion assimilée à un accident ne pouvait être retenue.

Par décision sur opposition du 26 novembre 2013, Vaudoise Assurances a maintenu sa décision du 10 octobre 2013. Accordant une valeur probante accrue aux premières déclarations de l'assuré, elle a exclu que l'événement du 20 juillet 2013 ait pu se dérouler selon la nouvelle version donnée par l'assuré dans son opposition du 22 octobre 2013, laquelle devait être écartée. Dans ces circonstances, aucun facteur extérieur extraordinaire ou inhabituel ne pouvait être retenu. En outre, elle suivait l'avis de son médecin-conseil et concluait que l'existence d'une lésion assimilée à un accident n'était pas prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante; de toute manière, l'existence d'un facteur extérieur comportant un risque accru de lésion faisait défaut en l'espèce.

B. Par acte du 13 janvier 2014, Mutuel Assurance Maladie SA a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que Vaudoise Assurances soit tenue de prendre en charge l'événement du 20 juillet 2013 et subsidiairement à son renvoi pour instruction complémentaire. Elle estime que rien ne permet de mettre en doute le diagnostic de la Dresse K._____, lequel relève d'une lésion qui doit être assimilée à un accident pour autant que les autres conditions constitutives de la notion d'accident, à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, soient réalisées. Selon elle, l'activité pratiquée lors de l'événement du 20 juillet 2013 n'était pas habituelle. De plus, un jet-ski étant positionné sur l'eau, soit une surface instable, il est immanquable qu'il bouge lorsqu'on s'y appuie pour monter dessus. Couplé avec du vent, ce phénomène correspond à un risque de lésion accru. La recourante soutient dès lors que l'événement du 20 juillet 2013 constitue une lésion assimilée à un accident, vu que la condition de la cause extérieure était réalisée.

Dans sa réponse du 17 février 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision sur opposition.

La recourante a confirmé ses conclusions dans sa réplique du 3 avril 2013. Elle a produit l'avis du 27 mars 2014 de son médecin-conseil, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont les conclusions sont les suivantes :

« Il n'y a aucun élément objectif qui nous permette de nier le diagnostic de luxation radio-ulnaire distale [isolée] G [gauche].

L'événement vulnérant, ses suites immédiates, les constatations cliniques et le traitement appliqué permettent, sans aucun doute, de confirmer ce diagnostic.

Les lésions rapportées figurent, à double titre, dans la liste exhaustive de l'art. 9.2 OLAA, sous lettre b et g et elles sont d'étiologie traumatique et pas exclusivement ou manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs ».

Dans sa duplique du 6 mai 2014, l'intimée a confirmé ses précédentes écritures.

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, sous réserve de dérogations expresses (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 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

La recourante, en tant qu'assureur-maladie de l'assuré, dispose de la qualité pour recourir (art. 49 al. 4 et 59 LPGA), même si elle n'avait elle-même pas interjeté d'opposition (cf. ATF 127 V 107 consid. 2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. 2009, n°5 ad art. 59 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et les références citées, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur la prise en charge de l'événement du 20 juillet 2013 et ses suites par l'intimée au titre de l'assurance-accidents obligatoire. Il s'agit plus particulièrement de déterminer s'il l'assuré a subi une lésion assimilée à un accident, ce qui pourrait fonder le droit aux prestations litigieuses. Par ailleurs, la recourante ne soutient pas, à juste titre, que l'assuré a été victime d'un accident comme tel, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de revenir sur ce point.

3. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend 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). Par ailleurs, le Conseil fédéral peut

inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident (art. 6 al. 2 LAA). En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), qui prévoit que 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. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;
- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;
- h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b).

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, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). 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.

4. En l'espèce, la recourante soutient que l'assuré présente une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. b et g OLAA, en retenant le diagnostic posé par la Dresse K._____, à savoir une luxation radio-ulnaire distale gauche. L'intimée conteste ce diagnostic. Selon son médecin-conseil, l'assuré présente une laxité cubitale distale, d'origine probablement physiologique. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si l'atteinte subie par l'assuré correspond à l'une des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA peut rester ouverte. En effet, à supposer que la luxation radio-ulnaire soit établie, elle ne résulterait pas, comme nous le verrons ci-après, d'un facteur extérieur et ne pourrait dès lors être assimilée à un accident.

La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru

surviennent. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

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 en principe 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 et les références; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4 et les références).

En l'espèce, s'agissant du déroulement de l'événement du 20 juillet 2013, l'assuré a tout d'abord expliqué dans ses réponses du 21 août 2013 au questionnaire de l'intimée qu'il était monté « simplement » sur le jet-ski et a précisé que l'événement s'était déroulé dans des conditions normales. Il a par ailleurs répondu par la négative à la question de savoir si quelque chose de particulier s'était produit (coup, chute, glissade, etc.). Dans le cadre de son opposition du 24 octobre 2013, l'assuré a présenté une seconde version des faits. Il a indiqué avoir sauté sur le jet-ski alors qu'une vague avait déséquilibré l'engin, le contraignant à se rattraper sur la poignée. Il se serait également heurté la tête sur le guidon. Or, même en admettant que la première description de l'événement du 20 juillet 2013 n'était que succincte, les deux versions des faits présentées par l'assuré sont incompatibles entre elles. En effet, la description présentée dans son opposition du 24 octobre 2013 est contradictoire à un

mouvement « simple » s'étant déroulé « dans des conditions normales », tel que décrit dans ses réponses du 21 août 2013 au questionnaire de l'intimée. Dans ces circonstances, il convient de retenir les premières déclarations de l'assuré, conformément à la jurisprudence citée ci-avant (cf. consid. 3b supra), vu que rien ne laisse supposer qu'il n'avait alors pas été capable de donner des informations correctes et que l'intimée lui avait en plus explicitement demandé de « préciser » le déroulement de l'incident.

En s'en tenant à la description de l'événement du 20 juillet 2013, telle qu'elle ressort des réponses de l'assuré du 21 août 2013 au questionnaire de l'intimée, il convient de nier l'existence d'un facteur dommageable extérieur. En effet, l'assuré n'a décrit aucun phénomène particulier (coup, chute, glissade, etc.). Au contraire, il a même précisé que l'événement s'était déroulé dans des conditions normales. L'assuré s'est blessé en s'appuyant simplement sur la poignée du jet-ski pour monter dessus. Il n'a pas fait état d'un changement de position corporelle brusque ou de manière incontrôlée. Par ailleurs, le mouvement décrit n'apparaît pas comme étant susceptible de solliciter le corps dans une mesure plus importante que la normale du point de vue physiologique. En d'autres termes, aucun événement générant un risque de lésion accru n'est survenu.

Dès qu'elle ne trouve pas son origine dans une cause extérieure, la lésion subie par l'assuré ne relève pas d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA et, a fortiori, l'événement du 20 juillet 2013 ne correspond pas à la notion d'accident au sens des art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA. En conclusion, l'événement du 20 juillet 2013 et ses suites ne sont pas à charge de l'assurance-accidents et l'intimée était ainsi fondée à refuser de prester.

5. Le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que la recourante - qui est au demeurant une institution chargée de tâches publiques - n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA; ATF 128 V 124 consid. 5b). L'intimée, qui obtient gain de cause, n'a pas non plus droit à des dépens, ayant procédé elle aussi en tant qu'institution chargée de tâches de droit public.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 26 novembre 2013 par Vaudoise générale compagnie d'assurances SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Mutuel Assurance Maladie SA,
- Vaudoise générale compagnie d'assurances SA,
- B. _____,
- 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 :