

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourante, représentée par Me Céline Jarry-Lacombe,
avocate à Vevey,

et

G._____, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à
Lausanne.

Art. 4 LPGA ; 6 et 37 al. 2 LAA.

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, a été engagée par la BR. _____ à [...] dès le 1^{er} octobre 2012 en qualité d'aide-soignante. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de G. _____ (ci-après : G. _____ ou l'intimée).

A la suite de biopsies réalisées au Service de dermatologie du C. _____ les 21 mars et 23 avril 2014, l'assurée s'est vue poser le diagnostic de psoriasis en gouttes. Au vu de l'échec du traitement local, elle a été adressée le 11 juin 2014 au Dr N. _____, spécialiste en dermatologie, pour une photothérapie. Après treize séances, elle a pu être considérée comme « blanchie » (cf. certificat médical du 19 novembre 2015 du Dr N. _____).

Dès le 14 août 2014, l'assurée a été en incapacité totale de travail en raison d'un épisode dépressif.

Dans la nuit du 17 août 2014, l'intéressée a tenté de mettre fin à ses jours par la prise de médicaments associée à de l'alcool. Elle a été suivie depuis lors en traitement psychiatrique ambulatoire à la J. _____.

Dans un rapport du 8 octobre 2014, la Dresse S. _____, psychiatre traitante au sein de ladite J. _____, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Elle a indiqué que lors de la nuit du 17 au 18 août 2014, l'assurée avait été amenée par son ami à l'hôpital en raison d'une éthyliation aiguë (3.05 g par litre) et d'un abus médicamenteux. La patiente avait relaté le début d'une rechute dépressive au début de l'année 2014 à la suite de divers facteurs de stress, soit le décès du père de ses enfants une année auparavant, l'apparition d'une dermatose sévère de type psoriasis ayant nécessité un traitement intensif au C. _____ encore en cours, une pharyngite la semaine précédant son

tentamen, différents conflits familiaux, ainsi qu'un appel de son employeur lui reprochant son absence.

Le 25 janvier 2015, l'assurée a glissé dans sa salle de bain et est tombée sur son bras gauche. Elle s'est rendue à l'Hôpital W._____ où a été diagnostiquée une fracture intra-articulaire pluri-fragmentaire du radius distal gauche (poignet) ; l'intéressée y a subi le même jour une réduction sanglante et une ostéosynthèse par plaque (cf. protocole opératoire du 26 février 2015 des Drs F._____ et H._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). L'assurée a présenté une incapacité totale de travail du 25 janvier au 4 février 2015 (cf. rapport médical initial LAA du 12 mars 2015 de la Dresse Z._____, médecin assistante à l'Hôpital W._____).

Le 5 février 2015 à 19 h 30 environ, l'intéressée a chuté « dans les escaliers du corridor de [s]on lieu d'habitation » (cf. déclaration de sinistre LAA complétée le 17 février 2015 par l'assurée). Elle a été amenée en ambulance à l'Hôpital W._____. Dans un rapport du 5 février 2015, les Drs T._____ et R._____, respectivement spécialiste en chirurgie et médecin au sein de cet hôpital, ont indiqué que la patiente avait été prise en charge à 20 h 53 pour un traumatisme crânien fronto-pariétal gauche. Ils ont diagnostiqué un hématome épidural gauche sans engagement et de multiples fractures du massif facial. Au titre de l'anamnèse, ils ont noté que la patiente avait chuté dans un escalier en pierre de dix à quinze marches, qu'elle était éthylysée, avait pris des antidépresseurs et avait été trouvée inconsciente par les ambulanciers. Le rapport portait la mention « Ethanol 2.6 ».

Le jour même, l'assurée a été transférée au C._____ et y a subi une craniotomie frontale gauche afin d'évacuer un hématome épidural. Les médecins du C._____ ont posé les diagnostics d'hématome épidural frontal gauche, d'hémorragie sous-arachnoïdienne inter-hémisphérique et de la convexité droite, de contusions parenchymateuses frontales et temporales droites, de fracture de l'os frontal gauche et des parois latérale, supérieure et médiale de l'orbite gauche, de fracture de la

racine du nez, ainsi que d'hématosinus maxillaire gauche, sphénoïdal et ethmoïdal. Ils ont également noté une éthyliation aiguë et un éthyliisme chronique. Ils ont relevé que la patiente avait chuté en état d'ébriété, avec 2.1 ‰ (cf. rapport du 10 février 2015 de la Dresse Q._____, spécialiste en soins intensifs, ainsi que des Dresses V._____ et L._____, médecins).

Le 9 février 2015, l'assurée a été transférée au Service de soins intensifs de l'Hôpital W._____. Dans un rapport du 11 [recte : 12] février 2015, les Drs D._____ et BB._____, respectivement spécialiste en soins intensifs et médecin, ont posé les diagnostics principaux de traumatisme crânio-cérébral sévère le 6 [recte : 5] février 2015 dans le contexte d'une alcoolisation aiguë à 2.1 ‰ et de fracture du poignet gauche avec ostéosynthèse le 25 janvier 2015, ainsi que les diagnostics secondaires d'alcoolisme chronique et de trouble dépressif. Ils ont indiqué que l'infirmière d'addictologie avait vu la patiente les 10 et 12 février 2015 et avait noté des alcoolisations massives régulières, précisant que l'intéressée avait reconnu employer l'alcool pour gérer ses frustrations et ses émotions. En outre, l'assurée était suivie à la policlinique psychiatrique de [...] à la suite d'une tentative de suicide en août 2014. Dans un rapport subséquent, le Dr BB._____ a relevé que la fracture du 25 janvier 2015 présentait un déplacement secondaire à la chute du 6 [recte : 5] février 2015 et que la patiente avait bénéficié d'une consultation psychiatrique le 16 février 2015 avec la Dresse QQ._____, laquelle retenait un status psychiatrique inchangé (cf. rapport du 25 février 2015 du Dr BB._____).

Le 20 février 2015, l'employeur de l'assurée l'a informée que la date de la fin du rapport de travail était reportée, étant donné que les accidents des 25 janvier et 5 février 2015 avaient occasionné des incapacités de travail durant la période de préavis. Celle-ci était ainsi suspendue le temps de l'incapacité, mais prendrait fin au plus tard à l'issue de la période de protection de nonante jours.

Le 23 février 2015, l'assurée a été transférée à l'I._____ pour une neuroréhabilitation et un bilan neuropsychologique. Elle y a séjourné

jusqu'au 11 mars 2015, date du retour à son domicile, avec un suivi ambulatoire. Dans un rapport du 26 mars 2015, les Drs AA._____ et ZZ._____, respectivement spécialiste en neurologie et médecin au sein de ladite I._____, ont notamment posé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral sévère le 5 février 2015 dans le contexte d'une alcoolisation aiguë à 2.1 ‰. Ils ont retenu, en tant que comorbidités actives, une fracture intra-articulaire du radius distal avec ostéosynthèse le 25 janvier 2015, avec déplacement secondaire à la chute du 5 février 2015, une dépendance à l'alcool, ainsi qu'un trouble dépressif avec un tentamen médicamenteux en août 2014. Ils ont relevé que l'assurée vivait avec son compagnon et sa fille dans un appartement au 1^{er} étage d'un immeuble avec ascenseur.

Dans un rapport médical initial LAA du 13 avril 2015, la Dresse X._____, médecin assistante au sein de l'Hôpital W._____, a indiqué que lors de la chute du 5 février 2015, l'intéressée était alcoolisée avec une éthanolémie à 2.6.

Dans un rapport du 6 mai 2015, la Dresse MM._____, médecin assistante, et le Dr FF._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la J._____, ont posé les diagnostics de trouble des conduites et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.9), de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen (F 33.1) et de trouble de la personnalité (F60.9). L'incapacité totale de travail était toujours actuelle. L'évolution était plutôt stationnaire, marquée par la persistance d'une symptomatologie dépressive avec essentiellement un ralentissement psychomoteur, une tendance à la clinophilie, une perte de motivation et un retrait social.

Dans un rapport du 20 mai 2015 consécutif à un CT-scan cérébral, le Dr SS._____, spécialiste en radiologie, a constaté une résolution de l'hématome épidural frontal gauche et des composantes hémorragiques aiguës, ainsi qu'une hypodensité basi-temporale postérieure droite et frontale paramédiane gauche relatives aux anciennes contusions hémorragiques.

Le RR._____, assureur-maladie de l'assurée, a mandaté le Dr TT._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin d'effectuer une expertise psychiatrique de l'intéressée. L'expert s'est entretenu avec cette dernière le 22 mai 2015. Dans son rapport du 25 mai 2015, il a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32) présent depuis août 2014. Il a retenu une capacité de travail de 50 % dès le 30 juillet 2015 et de 100 % dès le 13 août 2015 dans l'activité habituelle d'aide-soignante. Dans une activité adaptée, soit un travail simple, itératif, comportant des automatismes, peu qualifié, n'impliquant pas la prise de décisions importantes, ne comportant pas des responsabilités étendues et sans pression psychique excessive, la capacité de travail serait de 50 % à partir du 23 juillet 2015 et totale dès le 30 juillet 2015. RR._____ a interrompu le versement de ses prestations au 13 août 2015.

Dans un rapport du 11 juin 2015 faisant suite à la consultation de l'assurée du 20 mai 2015, le Dr A._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué que le CT-scan susmentionné avait montré une disparition complète de l'hématome épidural gauche. L'évolution était favorable et la patiente ne présentait pas de déficit neurologique focal. Elle se plaignait de céphalées modérées et d'oublis intermittents.

Dans un rapport de suivi neuropsychologique du 11 juin 2015, LL._____, spécialiste en neuropsychologie, a mentionné, s'agissant des antécédents et des facteurs de risques pertinents, une dépendance à l'alcool et un trouble dépressif avec tentamen médicamenteux en août 2014. Elle a relevé qu'il persistait principalement des difficultés exécutives et attentionnelles consécutives au traumatisme cranio-cérébral sévère, possiblement exacerbées par les maux de tête et les vertiges dont se plaignait la patiente.

Dans un rapport du 2 juillet 2015, le Dr VV._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de G._____, a indiqué que lors de la chute du 5 février

2015, l'assurée présentait 2.6 ‰ d'alcool. Il a exposé que des troubles psychiatriques, un ancien traumatisme, ainsi qu'une problématique liée à l'alcool constituaient des facteurs étrangers jouant un rôle dans l'évolution du cas.

Par courrier du 27 juillet 2015, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a signalé au Dr DD._____, spécialiste en neurologie, que la patiente qu'il lui avait adressée en raison de céphalées post-traumatiques présentait un éthylysme chronique et un état dépressif.

Dans un rapport du 30 juillet 2015, le Dr DD._____ a indiqué que l'intéressée avait chuté alors qu'elle était en train de descendre à la cave. Les hyperalgies en regard des cicatrices post-neurochirurgicales allaient s'estomper dans les quatre prochaines semaines environ.

Dans un rapport du 18 août 2015, le Dr F._____ a expliqué que l'accident du 5 février 2015 avait fait rebasculer la fracture du poignet gauche de l'assurée d'environ 30°. Cette fracture avait consolidé. La patiente présentait notamment une raideur de l'index gauche.

Le 13 octobre 2015, le Dr PP._____, spécialiste en chirurgie de la main, a proposé une révision chirurgicale sous forme d'une neurolyse du nerf médian et d'une ténolyse des fléchisseurs en même temps que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, prévue le 9 décembre 2015.

Dans un rapport du 15 octobre 2015, la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis le 14 septembre 2015, a indiqué que le traumatisme crânien avait eu pour séquelles des troubles neuropsychologiques ainsi que possiblement des troubles psychiatriques avec un changement de personnalité. Pour cet aspect, le pronostic restait réservé, également en ce qui concernait la reprise du travail. Sa patiente souffrait également de séquelles de la fracture du radius distal, sous forme de dysesthésies, de troubles sensitifs, ainsi que de restrictions et de douleurs dans la mobilité.

Elle restait en incapacité de travail totale jusqu'à ce que le problème orthopédique soit traité.

Par décision du 4 novembre 2015, se fondant sur l'art. 37 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), G._____ a réduit de 20 % les indemnités journalières allouées à l'assurée, au motif que cette dernière avait commis une négligence grave. En effet, elle avait descendu les escaliers menant à la cave alors qu'elle était sous l'influence de l'alcool (2.1 ‰), avait chuté et s'était blessée.

Le 23 novembre 2015, l'intéressée, par son conseil Me Céline Jarry-Lacombe, s'est opposée à cette décision, soutenant que lors de l'accident du 5 février 2015, elle était en proie à une grave dépression. Cet état dépressif était notamment lié à la perte de son emploi et au grave psoriasis dont elle souffrait. Elle a indiqué qu'elle n'était pas dépendante chronique à l'alcool et qu'elle n'en consommait plus depuis cet accident. Dès lors, il n'y avait pas lieu d'admettre qu'elle avait commis une faute par son alcoolisation massive lors de son accident. Etaient joint un rapport non daté de la Dresse E._____, cheffe de clinique à la J._____, qui attestait que l'assurée était suivie en traitement psychiatrique depuis le mois d'août 2014 à la suite d'une tentative de suicide dans le contexte d'un épisode dépressif. Elle ajoutait que durant la période qui avait suivi, l'intéressée avait consommé de l'alcool et des médicaments de façon abusive. Toutefois, elle ne retenait pas de dépendance chronique à l'alcool, les alcoolisations ayant eu lieu sur un mode dipsomaniaque et s'étant limitées à la période de rechute dépressive. La patiente était totalement abstinente depuis le mois de février 2015. Etaient également joint un certificat médical du 19 novembre 2015 du Dr N._____ qui retenait le diagnostic de psoriasis en gouttes.

Le 9 décembre 2015, la recourante a subi une nouvelle intervention chirurgicale du poignet gauche (cf. protocole opératoire du 6 janvier 2016 du Dr PP._____).

Par décision sur opposition du 26 février 2016, G._____ a rejeté l'opposition de l'assurée. Il ressortait du dossier que le 5 février 2015, cette dernière avait chuté d'une quinzaine de marches dans les escaliers en pierre menant à la cave de son domicile. Au moment de ce sinistre, elle se trouvait dans un état d'alcoolisation aiguë (2.1 ‰) et avait pris des antidépresseurs. Se référant à un jugement du Tribunal cantonal bâlois, G._____ a indiqué que la consommation d'alcool ne représentait pas, à elle seule, une violation objective du devoir général de prudence ; il était toutefois de notoriété publique que sa consommation exagérée diminuait l'aptitude à réagir de façon appropriée ; par conséquent, si une personne s'enivrait au point qu'elle ne puisse plus effectuer, conformément aux règles élémentaires, les actes les plus simples et qu'elle puisse ainsi créer des situations quotidiennes dangereuses, elle commettait une violation du devoir de prudence en augmentant par son ivresse le risque de dommage dans les actes de la vie quotidienne (jugement du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne du 20 mars 2009 i.S.T. 725 08 260). G._____ a ajouté que l'on pouvait reprocher le comportement subjectif de l'assurée, qui était elle-même responsable de son état. La transgression était d'autant plus grave qu'elle n'ignorait pas suivre un traitement médicamenteux pour soigner sa dépression, lequel pouvait avoir pour effet de potentialiser les effets de sa consommation d'alcool et, partant, d'en augmenter les effets secondaires. Le fait que l'intéressée ait mis fin à sa consommation d'alcool ne permettait pas d'apprécier différemment les circonstances du cas d'espèce. Au surplus, une réduction des indemnités journalières de 20 % n'apparaissait manifestement pas disproportionnée.

B. Par acte du 8 avril 2016, M._____, par son conseil, recourt contre cette décision en concluant principalement à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi du 100 % des indemnités journalières, ainsi qu'à ce que G._____ soit reconnue comme sa débitrice et lui doive immédiatement les montants retenus sur lesdites indemnités depuis le mois de février 2016. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à G._____ pour nouvelle décision au sens des considérants. Elle ne conteste pas avoir été en état

d'ébriété lors de sa chute du 5 février 2015, mais fait valoir qu'elle n'a pas commis de faute ou de négligence. Elle traversait à cette époque un épisode dépressif sévère à la suite d'une tentative de suicide et de la pose d'un diagnostic de psoriasis en gouttes, qui l'ont, malgré elle, conduite à faire un mauvais usage de l'alcool et des médicaments. Elle répète qu'elle n'est pas dépendante chronique à l'alcool et qu'elle n'en consomme plus depuis cet accident, ce qui est démontré par des analyses médicales jointes en annexe. En outre, elle conteste avoir violé gravement les règles de prudence élémentaires, étant donné que lors de ses consommations d'alcool, elle s'est toujours trouvée à son domicile de manière à ne pas mettre en danger sa propre personne ou des tiers. Elle a ainsi chuté en se déplaçant dans son propre appartement, sans avoir entrepris d'activité dangereuse ou déconseillée dans son état. Selon elle, il apparaît insoutenable de retenir qu'elle a eu une conduite imprudente en buvant quelques verres chez elle alors qu'elle était en proie à de violentes douleurs et à une profonde dépression. Par ailleurs, les lésions importantes qu'elle a subies, tant physiques que psychologiques, témoignent d'une chute violente, qui aurait pu intervenir sans qu'elle ait consommé d'alcool. En annexe, sont notamment joints des rapports d'analyses médicales des 13 novembre 2015 et 26 février 2016 établis par XX._____.

Dans sa réponse du 14 juillet 2016, l'intimée, désormais représentée par Me Didier Elsig, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Reprenant les éléments retenus dans la décision litigieuse, elle ajoute que lors de la chute du 5 février 2015, la recourante se trouvait dans un état d'alcoolisation aiguë de 2.1 ‰, respectivement 2.6 ‰ selon le rapport de la Dresse X._____. L'intimée relève également que le contexte d'alcoolisation chronique de l'intéressée a été régulièrement mis en exergue par les médecins. En outre, le mode de consommation de la personne dépendante est indifférent pour trancher le cas d'espèce, tout comme le fait que la recourante ait désormais mis fin à sa consommation d'alcool. Par ailleurs, elle pouvait sans nul doute parfaitement mesurer les conséquences nuisibles d'une ingestion massive d'alcool.

Par décision du 23 août 2016, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire de manière limitée, du 8 avril au 2 août 2016 (date de son remariage), sous forme de l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Céline Jarry-Lacombe.

Le 30 août 2016, Me Jarry-Lacombe produit la liste des opérations effectuées entre le 8 avril et le 2 août 2016.

Dans sa réplique du 4 novembre 2016, la recourante maintient ses conclusions. Elle requiert qu'il soit ordonné à G. _____ de produire les rapports médicaux établis par les Drs NN. _____, spécialiste en neurologie, et OO. _____, spécialiste en chirurgie de la main. Elle a joint à ses écritures une convocation qui lui a été adressée par G. _____ pour un examen auprès de ces deux spécialistes et un rapport d'analyse médicale du 20 septembre 2016 établi par XX. _____.

Par duplique du 31 janvier 2017, l'intimée indique que les circonstances qui ont conduit à l'alcoolisme ne permettent pas d'apprécier différemment le cas d'espèce. Enfin, indépendamment du danger que représente une consommation cumulée de boissons alcoolisées et d'antidépresseurs, il faut de toute façon admettre qu'une éthanolémie à 2.6 ‰ constitue indubitablement une violation du devoir de prudence. Elle a notamment joint les rapports suivants :

- un rapport d'expertise du 16 septembre 2016 du Dr OO. _____, indiquant que lors de son arrivée à l'hôpital à la suite de l'accident du 5 février 2015, l'alcoolémie de la recourante était à 2.6. Elle pesait actuellement 80 kg pour 156 cm. Le spécialiste concluait à l'exigibilité d'une reprise du travail à 100 % ;
- un rapport d'expertise neurologique du 6 octobre 2016 du Dr NN. _____, concluant à une capacité de travail de 80 % avec un rendement de 80 %.

Par déterminations du 27 mars 2017, la recourante requiert l'audition de la Dresse B. _____ en qualité de témoin. Elle joint un rapport du 21 mars 2017 de celle-ci, laquelle indique qu'elle n'a pas constaté, dans les documents de sa patiente, de diagnostic de dépendance à l'alcool posé par un médecin. En outre, la Dresse B. _____ explique qu'elle a examiné à son cabinet un paramètre de chimie clinique qui constitue un indicateur métabolique de consommation excessive de l'alcoolisme chronique, qui s'est révélé négatif. Les analyses médicales, même si elles ont été réalisées plusieurs mois après l'accident, confirment que la patiente n'était pas alcoolique chronique. Selon la Dresse B. _____, la « causalité de l'accident et ses séquelles ne peuvent pas être attribué[es] avec certitude à l'alcool ou l'alcool seulement », ce genre d'accident étant également possible sans consommation d'alcool, et les séquelles étant les mêmes dans ces deux cas de figure en cas de traumatisme crânien sévère avec hémorragie.

Par déterminations du 26 avril 2017, l'intimée relève que dans le rapport précité, la Dresse B. _____ - qui ne suit la recourante que depuis septembre 2015 - livre pour l'essentiel des conclusions fondées sur des considérations personnelles.

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). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

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).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 et ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, la question litigieuse est celle de savoir si G._____ était fondée à réduire les indemnités journalières de la recourante à la suite d'une chute de cette dernière dans les escaliers de son immeuble alors qu'elle s'était massivement alcoolisée et, cas échéant, à appliquer un taux de réduction de 20 %.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

b) L'art. 21 al. 1 LPGA prévoit que si l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées.

Aux termes de l'art. 37 al. 2 LAA, si l'assuré a provoqué l'accident par une négligence grave, les indemnités journalières versées pendant les deux premières années qui suivent l'accident sont, en dérogation à l'art. 21 al. 1 LPGA, réduites dans l'assurance des accidents non professionnels ; la réduction ne peut toutefois excéder la moitié du montant des prestations lorsque l'assuré doit, au moment de l'accident, pourvoir à l'entretien de proches auxquels son décès ouvrirait le droit à des rentes de survivants. A cet égard, il convient d'observer que la règle de l'art. 37 al. 2 LAA, entrée en vigueur avec la LPGA le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modifications matérielles ; la jurisprudence rendue sous l'ancien droit est donc toujours applicable (TFA U 233/04 du 2 février 2005 consid. 1).

Selon la jurisprudence et la doctrine, constitue une négligence grave la violation des règles élémentaires de prudence que toute personne raisonnable eût observées dans la même situation et les mêmes circonstances, pour éviter les conséquences dommageables prévisibles dans le cours ordinaire des choses (ATF 138 V 522 consid. 5.2.1, 134 V 340 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n. 398 p. 1018).

La négligence grave présuppose la capacité de discernement. Si une personne s'est retrouvée par sa propre faute en état d'incapacité de discernement, ou de capacité de discernement restreinte, le reproche qui peut lui être fait sur le plan subjectif doit être examiné au moment précédant cette incapacité, respectivement cette capacité de discernement restreinte (Alexandra Rumo-Jungo, Die Leistungskürzung oder -verweigerung gemäss Art. 37-39 UVG, Fribourg 1993, p. 138).

Une réduction suppose par ailleurs l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre la faute et l'événement accidentel ou ses suites (ATF 121 V 45 consid. 2c, 118 V 307 consid. 2c, 109 V 151 consid. 1 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 399 p. 1018). L'exigence de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la faute, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Le juge doit plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements. La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2, 121 V 45 consid. 2a). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

4. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a chuté le 5 février 2015 dans les escaliers de son immeuble, alors qu'elle était alcoolisée. L'intimée estime qu'il s'agit d'une négligence grave justifiant

une réduction de ses prestations au sens de l'art. 37 al. 2 LAA, ce que réfute l'intéressée.

a) aa) Dans la décision litigieuse, l'intimée a retenu qu'au moment de l'accident, l'assurée présentait un taux d'alcoolémie de 2.1 ‰ et avait pris des antidépresseurs, ce qui n'est pas contesté par celle-ci. Un tel taux d'alcoolémie ressort de plusieurs rapports médicaux (cf. rapport du 10 février 2015 des Dresses Q._____, V._____ et L._____, rapport du 11 février 2015 des Drs D._____ et BB._____, rapport du 26 mars 2015 des Drs AA._____ et ZZ._____). Toutefois, le rapport d'admission de l'intéressée à l'Hôpital W._____, établi le jour de l'accident, soit le 5 février 2015, porte la mention « Ethanol 2.6 », sans pour autant préciser l'unité de mesure. Cette indication a été reprise par la Dresse X._____ dans son rapport du 13 avril 2015, faisant état d'une « éthanolémie à 2.6 » lors de la chute, ainsi que par le Dr OO._____ dans son rapport d'expertise du 16 septembre 2016, mentionnant une « alcoolémie à 2.6 ». Le Dr VV._____ évoque lui un taux de 2.6 ‰ d'alcool au moment de la chute (cf. rapport du 2 juillet 2015). La question de savoir si le taux d'alcool que présentait l'assurée lors de l'accident était de 2.1 ‰ ou de 2.6 ‰ peut cependant demeurer ouverte.

En effet, avec un taux d'alcoolémie de cet ordre, ou sous « éthyliation aiguë », pour reprendre les termes des médecins (cf. rapport du 10 février 2015 des Dresses Q._____, V._____ et L._____, rapport du 11 février 2015 des Drs D._____ et BB._____), la capacité de réaction de la recourante était largement entravée, de même que son équilibre (cf. Focus Alcool, Lausanne 2014, édité par Addiction Suisse, p. 4, consultable sur www.addictionsuisse.ch). Ce constat vaut même si la recourante était habituée à consommer de l'alcool de façon abusive, selon ses propres déclarations (cf. notamment courrier du 23 novembre 2015) et qu'elle présente une forte corpulence (cf. rapport d'expertise précité du Dr OO._____). Elle ne pouvait ainsi plus se déplacer de manière correcte et a augmenté drastiquement le risque d'un accident. En empruntant dans cet état les escaliers menant à sa cave (cf. rapport du 30 juillet 2015 du Dr DD._____), en pierre et d'une hauteur de dix à quinze marches (cf.

rapport du 5 février 2015 des Drs R.____ et T.____), la recourante a commis une négligence grave. Il sied au demeurant de relever qu'elle habite au 1^{er} étage de son immeuble (cf. rapport du 26 mars 2015 des Drs AA.____ et ZZ.____). Cet accident n'a pas eu lieu dans son appartement, contrairement à ce qu'elle soutient, mais bel et bien dans les escaliers menant à sa cave, selon le rapport médical précité du Dr DD._____.

bb) Sur le plan subjectif, l'on peut admettre qu'avec un taux d'alcoolémie de l'ordre de 2.1 ‰, voire 2.6 ‰, la capacité de discernement de la recourante était restreinte lors de l'accident.

L'intéressée ayant elle-même provoqué cet état, c'est au moment où elle a commencé à s'alcooliser que la situation doit être analysée. A cet égard, elle soutient qu'elle se trouvait dans un épisode dépressif sévère propre à exclure toute faute quant à sa consommation d'alcool. Certes, elle a commis une tentative de suicide le 17 août 2014. Elle suit depuis lors un traitement psychiatrique à la J.____. Dans son rapport du 8 octobre 2014, la Dresse S.____ de ladite J.____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Cependant, il ne ressort pas des rapports médicaux au dossier que l'intéressée présentait un épisode dépressif sévère au moment de l'accident du 5 février 2015. En effet, dans son rapport d'expertise du 25 mai 2015, le Dr TT.____ a retenu un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, présent selon lui déjà depuis août 2014. Dans leur rapport du 6 mai 2015, les Drs MM.____ et FF.____ de la J.____ ont quant à eux fait état d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen. Ainsi, même si la recourante a vécu une situation de crise dans le courant du mois d'août 2014, son état s'est amélioré par la suite. D'ailleurs, la pose du diagnostic de psoriasis en gouttes, dont elle se prévaut également pour justifier son état dépressif sévère, a eu lieu en avril 2014 déjà. Cette atteinte a fait l'objet d'une photothérapie dès le mois de juin 2014, à l'issue de laquelle l'intéressée a été « blanchie » (cf. certificat médical du 19 novembre 2015 du Dr N._____). Au vu de ces éléments, la recourante ne peut se prévaloir

du fait qu'elle souffrait d'un épisode dépressif sévère au moment de sa consommation abusive d'alcool le 5 février 2015.

Au contraire, il sied de retenir qu'à ce moment, la recourante disposait d'une capacité de discernement. Selon toute vraisemblance, elle savait qu'à l'issue de son alcoolisation massive, elle allait encore effectuer des déplacements, même s'ils étaient limités à l'intérieur de son appartement ou de son immeuble, puisque la chute a eu lieu en début de soirée. En effet, elle a indiqué être tombée à 19 h 30 environ (cf. déclaration de sinistre LAA du 17 février 2015), ce qui est cohérent avec l'heure d'admission aux urgences de l'Hôpital W._____, soit 20 h 53 (cf. rapport du 5 février 2015 des Drs R._____ et T._____). La recourante a toutefois absorbé une quantité d'alcool telle qu'elle n'était plus en mesure de pouvoir effectuer correctement les actes prévisibles, soit notamment des déplacements. Le fait qu'elle se trouvait à son domicile, et non à l'extérieur, ne change rien à ce constat. Dans ces circonstances, il peut lui être reproché une négligence grave également sur le plan subjectif.

L'assurée soutient encore qu'à l'époque de l'accident, elle n'était pas dépendante à l'alcool, se référant en particulier au rapport de la Dresse B._____ du 21 mars 2017. Cette affirmation est toutefois contredite par de nombreux rapports médicaux faisant état d'un éthylisme chronique (cf. notamment rapport du 10 février 2015 des Dresses Q._____, V._____ et L._____, rapport du 11 février 2015 des Drs D._____ et BB._____, rapport du 27 juillet 2015 du Dr P._____). Cette question n'a toutefois pas d'importance en l'espèce. En effet, l'ancienne jurisprudence selon laquelle une assurée gravement handicapée psychiquement et, pour ce motif, fortement dépendante de l'alcool, n'est que partiellement capable de discernement en ce qui concerne la consommation d'alcool et ses conséquences (cf. TFA K 609 du 9 juillet 1984), n'est pas applicable dans le cas présent, dès lors que la recourante n'est pas « gravement handicapée psychiquement ».

Enfin, ainsi que l'a souligné l'intimée, le fait que l'intéressée ne boive plus d'alcool depuis cet accident n'est aucunement déterminant dans le cadre du présent litige, dès lors que ceci est intervenu après la chute du 5 février 2015.

b) Il convient encore d'examiner s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre la négligence grave de la recourante et l'événement accidentel.

Certes, tel qu'indiqué par l'intéressée, se référant au rapport de la Dresse B. _____ du 21 mars 2017, la chute, et dans une moindre mesure, ses séquelles, auraient pu intervenir sans qu'elle ait consommé de l'alcool. Toutefois, une forte consommation d'alcool réduit grandement la capacité de concentration, de réaction et entraîne des troubles de l'équilibre. L'alcoolisation massive de la recourante a ainsi drastiquement augmenté non seulement le risque de chute, mais également - l'assurée ayant été entravée dans ses réflexes - l'étendue des lésions provoquées par cette chute, soit notamment un traumatisme crânio-cérébral sévère et de multiples fractures faciales. Selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, une éthyliation aigüe est de nature à entraîner un accident tel que celui qui s'est produit, de sorte que le lien de causalité doit être admis.

c) Au vu de ce qui précède, les conditions d'une réduction des prestations au sens de l'art. 37 al. 2 LAA sont réunies.

5. Il reste encore à examiner le taux de diminution retenu par l'intimée.

a) Selon la jurisprudence, la réduction des prestations est fonction de l'importance de la faute commise. Il appartient à l'assureur d'en fixer l'ampleur en tenant compte des circonstances du cas concret. Il s'agit d'une question d'appréciation que le juge des assurances contrôle quant à l'application du droit ; s'agissant de la quotité en revanche, il

s'impose une certaine retenue dans ce domaine et n'a pas à substituer sa propre appréciation sans motifs valables (ATF 126 V 362 consid 5d).

Le taux de réduction ne saurait, en pratique, être inférieur à 10 % (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 401 p. 1019).

b) En l'occurrence, l'intimée a fixé le taux de réduction à 20 %. Toutefois, au vu des circonstances particulières du cas, à savoir que la recourante n'a jamais quitté son domicile, n'a pas entrepris d'activités autres que très usuelles, et qu'elle n'a de ce fait pas accru d'avantage le risque encouru par des circonstances extérieures particulières, telles que la circulation, le taux de réduction doit être ramené à 10 %. En effet, la situation du cas d'espèce se distingue de nombreux autres cas où l'accident s'est produit à l'extérieur du domicile de l'assuré, par exemple alors que l'intéressé sortait d'un restaurant avec un taux d'alcoolémie excessif (cf. jugement du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne du 20 mars 2009 i.S.T. 725 08 260 précité admettant un taux de réduction de 20 % et jurisprudence rappelée notamment par Alexandra Rumo-Jungo [Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2^{ème} éd., Zurich 1995, pp. 182 ss ; Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4^{ème} éd., Zurich 2012, pp. 206 ss ; Die Leistungskürzung oder -verweigerung gemäss Art. 37-39 UVG, op. cit., pp. 213 ss]).

6. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b).

b) En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas

lieu de procéder à l'audition de la Dresse B._____, telle que requise par la recourante.

7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le taux de réduction des indemnités journalières allouées à la recourante est fixé à 10 %.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Ayant obtenu partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens réduits (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Il convient de les fixer en l'occurrence à 1'324 fr. 20 fr., ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 février 2016 par G._____ est réformée en ce sens que le taux de réduction des indemnités journalières allouées à M._____ est fixé à 10 %.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** G._____ versera à M._____ une indemnité de 1'324 fr. 20 (mille trois cent vingt-quatre francs et vingt centimes) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Céline Jarry-Lacombe (pour M. _____)
- G. _____
- 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 :