

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 3 novembre 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER

Juges : M. Neu et Mme Thalmann

Greffier : Mme Ouni

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante,

et

L. _____, à Lausanne, intimée.

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

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1960, a travaillé en tant qu'éducatrice à un taux horaire de 70 % au sein de l'unité de soin de [...] et était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de L. _____ (ci-après : la Caisse).

Par déclaration d'accident LAA complétée le 28 avril 2010, [...] a annoncé à la Caisse que l'assurée avait été victime d'un accident le 1^{er} avril 2010 à 15h00, occasionnant un traumatisme du dos; les circonstances de l'accident étaient décrites comme il suit : "En transférant un résident de son lit, celui-ci s'est affaissé sur moi".

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire a été pratiquée le 30 avril 2010. Dans son rapport établi le 3 mai 2010, la Dresse [...], médecin radiologue, a relevé notamment ce qui suit :

"CONCLUSION

Status après cure d'hernie discale en L2-L3.

Pas d'argument en faveur d'une récurrence d'hernie discale à ce niveau. En L2-L3, on note un amincissement discal sévère et un remaniement disco-dégénératif de type II. Pas d'argument en faveur d'une collection à ce niveau ou en regard de la laminectomie en L3. Remaniements disco-dégénératifs pluri-étagés de la colonne lombaire sans contrainte radiculaire ou hernie discale visible. Arthrose interfacettaire postérieure modérée à tous les niveaux."

Dans une déclaration d'accident LAA du 10 mai 2010, le Dr [...], médecin généraliste, a diagnostiqué une lombalgie. S'agissant du déroulement de l'accident, il est indiqué ce qui suit : "Lors d'une mobilisation d'une patiente de son lit au fauteuil roulant, son tonus étant faible, elle s'est affaissée. Je l'ai retenue (...)".

Interpellée par la Caisse quant aux circonstances de l'événement du 1^{er} avril 2010, l'assurée a complété un questionnaire le 26 mai 2010, répondant en particulier ce qui suit aux questions qui lui étaient posées :

"1. Au cours de quelle activité et dans quelles circonstances avez-vous subi des lésions corporelles ?

Accompagnement lors d'une mobilisation d'une résidente de son lit au fauteuil roulant. Activité d'éducatrice spécialisée au sein de l'unité de soin à [...]. Je l'ai retenue pour qu'elle ne tombe pas. Dos douloureux.

(...)

3. Quand avez-vous ressenti pour la première fois des douleurs ?

Juste après, puis les jours suivants. J'ai mis une ceinture lombaire pour venir travailler en pensant que cela passerait et antalgiques.

4. Si les douleurs sont apparues alors que vous souleviez ou portiez une charge : genre et poids de la charge ?

Personne d'une cinquantaine de kilos, hémiplégique.

5. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? S'est-elle déroulée dans des conditions normales ? Ou s'est-il produit quelque chose de particulier ? (coup, chute, glissade, etc.) Si oui, faites-en une description exacte.

Oui, mais il vaut mieux être à deux pour mobiliser cette personne. Le matin, elle était plus tonique et cela s'est bien passé. Affaïssement de ses muscles au moment de cette mobilisation.

6. Qui a été témoin de l'événement ? (nom et adresse)

J'en ai parlé toute de suite à mes collègues du jour, mais ils n'étaient pas avec moi dans la chambre. Je les avais appelés mais au haut du couloir, on n'entend pas toujours. Mme [...], M. [...].

7. Etes-vous de nouveau capable de travailler ? A partir de quand et dans quelle mesure ? Le traitement est-il terminé ?

Pas encore pour l'instant. J'ai été prolongée jusqu'au 30 mai. Je revois les médecins le 28. Le traitement n'est pas terminé et les douleurs sont encore là. Si reprise, éviter les amplitudes horaires de 12h de suite.

(...)"

Dans un questionnaire protocolé LAA du 25 juin 2010 signé par l'assurée, il est indiqué ce qui suit :

"1. Décrire le contexte et les circonstances de l'accident ?

Lors du transfert d'une résidente hémiparétique droite de son lit au fauteuil roulant.

Dans ce mouvement, je dois asseoir la personne et ensuite la tirer contre moi pour la mettre debout et ensuite la tourner vers la chaise pour l'asseoir.

2. Décrire le mouvement ayant provoqué les douleurs ? que s'est-il exactement passé ?

Alors qu'elle était debout, elle a eu une faiblesse et s'est complètement relâchée.

J'ai fait alors un brusque mouvement pour la retenir et tout le poids s'est ressenti dans mon dos.

- Y a-t-il eu choc ou autre ?

Mouvement brusque pour la rattraper.

3. Avez-vous déjà ressenti dans le passé des douleurs au dos, ou été traitée, pour des affections de la colonne vertébrale ? si oui préciser

- Opération HD (L2-L3) en 2000

- Plus aucune douleur, ni traitement depuis hormis quelques massages."

L'assurée a été en incapacité de travail du 13 avril au 30 juin 2010.

Dans un rapport établi le 2 juillet 2010, la Dresse [...] a retenu un diagnostic de lombalgie aiguë. Elle indiquait ce qui suit concernant le déroulement de l'accident : "Douleurs lombaires lors d'effort de soulèvement d'une patiente le 1.04.2010".

Par décision du 13 juillet 2010, la Caisse a refusé la prise en charge du cas, au motif que, en l'absence d'une cause extérieure sortant de l'ordinaire de l'activité d'éducatrice spécialisée de l'assurée, l'événement du 1^{er} avril 2010 ne correspondait pas à un accident au sens de l'assurance-accidents. Elle a relevé également qu'il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée à un accident ni d'une maladie professionnelle.

L'assurée a formé opposition contre cette décision par courrier du 3 août 2010, faisant en substance valoir que la condition du facteur dommageable extraordinaire était remplie et qu'il s'agissait ainsi bel et

bien d'un accident. Elle précisait qu'il pouvait s'agir d'une maladie professionnelle.

Par décision sur opposition du 12 août 2010, la Caisse a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 13 juillet 2010, dans le sens d'un refus de prise en charge du cas, relevant en particulier ce qui suit :

"2.3 Au vu des faits – en l'espèce incontestés – et de la pratique des tribunaux relativement à ce genre de cas, la condition du facteur dommageable de caractère extraordinaire fait défaut, l'effort effectué par l'assurée faisant partie des aléas courants de sa vie professionnelle, qui correspondent à une utilisation certes relativement intense, mais normales de l'organisme, guère susceptible de générer un risque de lésion accru.

(...)

2.5 Il ne s'agissait pas, enfin, d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9.2 LAA dans la mesure où cette disposition présuppose que la maladie résulte de l'exposition d'une certaine durée – en semaines ou en mois au minimum – au risque professionnel et constitue en outre un risque typique ou inhérent de la profession exercée. Un événement unique et, par conséquent un simple rapport de simultanéité, ne suffit pas.

2.6 Quand bien même le genre d'événement ici en cause pourrait-il être dit accidentel au sens du langage courant ou même du langage médical, il n'en demeure pas moins que si – comme ici – l'on a affaire ni à un accident, ni à une lésion assimilée à une lésion accidentelle, ni à une maladie professionnelle au sens des art. 4 LPG, 9.2 OLAA et 9 LAA, le cas n'est pas du ressort de l'assurance-accidents obligatoire, mais uniquement de l'assurance-maladie.

(...)"

B. L'assurée a formé recours contre cette décision sur opposition par courrier du 9 septembre 2010, complété par un mémoire daté du 4 octobre 2010, concluant à son annulation et à la prise en charge de l'événement du 1^{er} avril 2010 comme un accident de travail. Elle a fait notamment valoir que la patiente dont elle s'occupait était hémiparétique

et ne parlait pas et que c'était une personne considérée comme atteinte de polyhandicap et qui n'a pu la prévenir qu'elle se sentait faible.

Dans sa réponse du 15 octobre 2010, la Caisse a conclu au rejet du recours. Elle a en substance maintenu que le mouvement réalisé par la recourante le 1^{er} avril 2010 faisait partie des risques inhérents à sa profession et ne pouvait dès lors être qualifié d'extraordinaire.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), le recours ayant été complété dans le délai fixé, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieux en l'espèce le caractère accidentel de l'événement du 1^{er} avril 2010.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Aux termes de 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être réalisés

cumulativement: 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 c. 2.1 et les références; TF 8C_520/2009 du 24 février 2010 c. 2).

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 précité; TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 c. 3.1). S'agissant de lésions dues à un effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il convient d'examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (TF U 9/04 du 15 octobre 2004 c. 3). Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut notamment 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 du mouvement est influencé par un phénomène extérieur ("mouvement non programmé"). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieure - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 c. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (TF U 252/06 du 4 mai 2007 c. 2 et les références).

b) En l'espèce, il résulte des déclarations de la recourante que le 1^{er} avril 2010, lors du transfert de son lit à son fauteuil roulant d'une résidente hémiplegique, qui pesait environ 50 kilos, celle-ci a eu une faiblesse alors qu'elle était debout et s'est affaissée. La recourante a alors fait un mouvement brusque pour la retenir et a ressenti une vive douleur dans le dos. Si la condition du facteur extérieur est réalisée au travers de ce mouvement de soutien brusque et soudain effectué par la recourante, le mouvement en cause ne revêt pas en l'espèce un caractère extraordinaire justifiant d'admettre la survenance d'un accident. Le soutien apporté dans la précipitation pour secourir la patiente en perte d'équilibre ne saurait en effet être considéré comme inhabituel pour une éducatrice dans une unité de soin. La recourante a d'ailleurs elle-même reconnu qu'il s'agissait d'une activité habituelle. Dans ces conditions, il n'apparaît pas que le mouvement litigieux se soit déroulé de manière non programmée, en tant qu'un fait extérieur serait venu interférer celui-ci. Il s'ensuit que les circonstances qui ont entraîné l'atteinte à la santé ne relèvent pas d'un accident au sens juridique du terme, faute du caractère extraordinaire du facteur extérieur dommageable (TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010, TF U 220/05 du 22 mai 2006 et ATF 116 V 136).

3. Il convient d'examiner si l'atteinte présentée par la recourante est constitutive d'une lésion assimilée à un accident.

a) L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, 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. 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 c. 4a; ATF 116 V 145 c. 2b). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident 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).

b) En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la recourante souffre d'une lombalgie, affection qui doit être qualifiée de lésion corporelle mais qui ne figure pas au catalogue exhaustif des lésions corporelles assimilables aux conséquences d'un accident.

4. Il faut enfin déterminer si les troubles présentés par la recourante sont la conséquence d'une maladie professionnelle.

a) Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci sont énumérés de manière exhaustive (RAMA 1988 no U 61 p. 449 c. 1a) à l'annexe 1 de l'OLAA. Aucun des travaux mentionnés dans cette annexe ne s'applique en l'espèce.

b) Selon l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles (selon la clause dite générale) les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Cette clause générale répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral est chargé d'établir en vertu de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 141 c. 5a et les références). La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 c. 2b et la référence). Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que ceux que compte la population en général (ATF 116 V 136 c. 5c; RAMA 1997 no U 273 pp. 178 ss c. 3a). Par ailleurs, la responsabilité de l'assureur-accidents pour maladie professionnelle ne saurait découler d'un événement unique et, à lui seul, un simple rapport de simultanéité avec l'activité professionnelle n'est pas suffisant. Autrement dit, pour qu'un tel événement isolé relève de l'assurance-accidents, il faut qu'il présente toutes les caractéristiques d'un accident (art. 9 al. 1 OLAA) ou que les lésions qu'il a provoquées soient assimilées à un accident (art. 9 al. 2 OLAA; (ATF 116V 136, 144 c. 5d où l'existence d'une maladie professionnelle est niée dans le cas d'un aide-infirmier qui a ressenti une vive douleur au dos en déplaçant un patient de la table d'opération à un lit).

c) Au vu des critères et de la jurisprudence précités, l'éventualité d'une maladie professionnelle doit en l'espèce être écartée d'emblée. L'incident du 1^{er} avril 2010 ne s'est produit qu'une seule fois. Force est par ailleurs de constater que le métier d'éducatrice au sein d'une unité de soin n'est pas spécialement exposé au risque de syndromes vertébraux.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite pour les parties (art. 61 let. a LPGA).

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité à titre de dépens (art. 55 al. 1 et 56 al. 3 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé les 9 septembre et 4 octobre 2010 par D._____ est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 12 août 2010 par L._____ est confirmée.

- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- D._____, à [...],
- [...], à [...],
- L._____, à Lausanne
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :