

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 janvier 2011

---

Présidence de      Mme      RÖTHENBACHER  
Juges      :      MM. Neu et Métral  
Greffier      :      Mme      Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

**Z.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 4 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_, née en 1965, a travaillé en tant qu'infirmière auprès du Centre de dialyse du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), et était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de Z.\_\_\_\_\_. (ci-après: la caisse). Par déclaration d'accident complétée le 10 juin 2008, son employeur a annoncé à la caisse qu'elle avait été victime d'un accident le 21 février 2008 à 14h00, occasionnant une hernie discale L5; les circonstances de l'accident étaient décrites comme il suit: *"En soulevant un patient, elle s'est fait mal au dos"*.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire pratiquée le 2 juin 2008 a documenté une minime hernie discale foraminale L3-L4 droite sans contrainte radiculaire ou médullaire, ainsi qu'une hernie discale paramédiane droite en L5-S1 et foraminale droite, créant une contrainte sur les racines L5 et S1 droites. Compte tenu de l'échec du traitement conservateur, l'assurée a fait l'objet le 6 juin 2008 d'une intervention chirurgicale supervisée par la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin associé du Service de neurochirurgie du CHUV, sous la forme d'une *"hémilaminectomie L5-S1 pour cure de hernie discale S1 droite"*. Dans un rapport établi le 13 juin 2008, ce médecin a relevé notamment ce qui suit:

### **"Anamnèse**

Il s'agit d'une patiente de 43 ans, présentant depuis le mois de février 2008 des lombosciatalgies au niveau S1 D [droite], impulsives au Valsava, sans notion de traumatisme. Pas de déficit sensitivomoteur anamnestique ni de troubles sphinctériens. La patiente a essayé le traitement conservateur mais sans amélioration significative de sa symptomatologie.

### **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- Syndrome radiculaire irritatif S1 à D

[...]

### **Causalité, étiologie**

Accident

[...]

### **Evolution**

[...] Les suites opératoires étaient simples sans complication; la mobilisation se fait progressivement avec la Physiothérapeute. L'évolution est tout à fait favorable et la patiente peut regagner son domicile le 11.06.08

[...]

### **Incapacité de travail**

100 % pendant son séjour"

Dans un rapport établi le 23 juin 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic de hernie discale paramédiane droite L5-S1 et foraminale droite, extrusive, associée à des lombosciatalgies droites proximales hyperalgiques invalidantes. Ce médecin indiquait ce qui suit:

"Le 1.04.2008 [recte: 21.02.08], en retenant un lourd patient en perte d'équilibre, la patiente applique un effort freinateur avec développement consécutif d'importantes lombalgies inférieures, paramédianes droites irradiant dans le massif fessier, persistantes malgré la mise au repos, associée à un traitement anti-inflammatoire et antalgique."

Un nouvel examen par IRM lombaire, réalisé le 22 juillet 2008, a mis en évidence des discopathies L3-L4 à L5-S1, associées à une petite hernie discale foraminale droite L3-L4 sans conflit de racines et une discrète récurrence herniaire L5-S1 para-médiane droite susceptible d'interagir avec la racine S1 droite à son émergence du sac thécal.

Interpellée par la caisse quant aux circonstances de l'événement du 21 février 2008, l'assurée a complété un questionnaire le 25 juillet 2008, 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 une lésion corporelle ? (**description détaillée**)

*Au cours de mon activité professionnelle, lorsque je mettais le patient au lit, il a perdu l'équilibre et il allait tomber j'ai dû le porter pour le remettre au lit.*

[...]

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

*Au moment même de l'effort j'ai eu mal mais je ne pouvais pas lâcher le patient. Après l'effort la douleur est restée vive j'ai dû prendre 1gr de Ponstan pour supporter ma journée.*

4. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ?

*Oui, je suis infirmière je dois aider les patients.*

S'est-elle déroulée dans des circonstances extérieures normales ?

*Le patient n'a pas pu m'aider.*

Ou s'est-il produit un événement particulier ? Si oui, faites-en une description exacte ?

*Le patient au moment où il était à la hauteur du lit il n'a pas pu m'aider et a perdu l'équilibre.*

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

*J'étais seule en isolement sinon je demandais de l'aide."*

Le Dr D.\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin traitant de l'assurée, a retenu dans un rapport du 26 juillet 2008 le diagnostic de hernie discale L5-S1 avec syndrome irritatif, renvoyant pour le reste à l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_.

Par décision du 14 août 2008, 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'infirmière de l'assurée, l'événement du 21 février 2008 ne correspondait pas à un accident au sens de l'assurance-accidents. Il était par ailleurs relevé que le diagnostic retenu par son médecin ne pouvait être la conséquence d'un événement tel que décrit.

L'assurée a formé opposition contre cette décision par courrier du 29 août 2008, faisant en substance valoir que l'événement extérieur extraordinaire avait consisté en la chute du patient, qui avait justifié de sa

part un mouvement brusque et non coordonné pour le retenir, et qu'il s'agissait ainsi bel et bien d'un accident. Elle précisait qu'il résultait du questionnaire qu'elle avait complété le 25 juillet 2008 que l'activité en cause était en principe effectuée à deux, mais qu'étant donné que l'événement s'était produit en isolement, elle n'avait pu demander de l'aide; en outre, le patient n'avait pu l'aider, alors qu'elle pouvait en principe également compter sur sa participation. L'intéressée concluait à la prise en charge du cas par la caisse.

Par décision sur opposition du 5 janvier 2009, la caisse a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 14 août 2008, dans le sens d'un refus de prise en charge du cas, relevant en particulier ce qui suit:

"Dans le cas présent, Mme A. \_\_\_\_\_ n'invoque pas que l'activité à laquelle elle procédait se fait habituellement à deux. Elle dit simplement qu'elle était seule et que lorsqu'elle n'est pas seule en isolement elle a la possibilité de demander de l'aide. Mais dans l'activité décrite, elle savait qu'elle était seule et ne comptait pas sur autrui.

Au vu de ce qui précède, l'effort physique fourni par Mme A. \_\_\_\_\_ ne sort pas du cadre des sollicitations physiques, ni des situations qu'une infirmière peut être amenée à vivre dans son quotidien. Ledit effort ne peut dès lors pas être qualifié d'extraordinaire. La condition de cause extérieure extraordinaire n'étant pas remplie, il ne s'agit pas d'un accident au sens juridique du terme."

**B. a)** A. \_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision sur opposition par acte du 5 février 2009, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à la caisse pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a fait valoir que le fait de déplacer un patient ou de la soutenir faisait certes partie du travail quotidien d'une infirmière en dialyse, mais non le fait de le soulever; ainsi, le fait de retenir puis soulever un patient ayant perdu l'équilibre devait être considéré, à son sens, comme un facteur extérieur extraordinaire, partant comme un événement accidentel. Elle précisait en outre que la perte d'équilibre du patient s'était produite de manière subite, de sorte qu'elle ne pouvait et ne devait pas s'y attendre; elle n'avait dès lors pas eu d'autre choix que de fournir un effort excessif et non coordonné afin de lui éviter la chute.

Dans sa réponse du 19 mars 2009, la caisse intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle a en substance maintenu que le mouvement réalisé par la recourante le 21 février 2008 faisait partie des risques inhérents aux professions médicales, et ne pouvait dès lors être qualifié d'extraordinaire.

**b)** Une audience d'instruction a été tenue le 21 septembre 2010.

Entendue dans ses explications, la recourante a déclaré que le jour en cause, le patient dont elle s'occupait, lequel pesait quelque 60 kilos, se trouvait près de son lit lorsqu'il avait perdu l'équilibre; elle avait dès lors dû le saisir au niveau des cuisses et des fesses pour le pousser sur son lit, et avait tout de suite senti "*comme une pièce de cinq francs*" dans le dos - dès qu'elle en avait eu la possibilité, elle était sortie du box pour prendre un anti-inflammatoire. Par la suite, ses douleurs se sont manifestées principalement au repos, la nuit et lorsqu'elle se levait d'une chaise. Dès lors qu'elle n'était pas gênée dans le cadre de son activité professionnelle, son médecin lui avait conseillé de continuer à travailler, et lui avait prescrit des séances de physiothérapie et des anti-inflammatoires puissants; elle n'avait ainsi cessé son activité qu'au moment de l'intervention du 6 juin 2008, et travaillait à nouveau depuis le mois de juillet 2010, à plein temps, mais dans la consultation de Service de néphrologie - une tentative de reprise d'activité dans le Service de dialyse s'étant soldée par un échec en raison de ses douleurs. La recourante a encore relevé que ni son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, ni le spécialiste en orthopédie qu'elle avait consulté, le Dr P.\_\_\_\_\_, n'avaient constaté chez elle une quelconque atteinte au dos avant l'événement du 21 février 2008. Elle a précisé qu'en trois ans de travail dans le Service de dialyse, elle n'avait jamais eu connaissance d'une chute d'un patient.

La recourante a produit un lot de pièces, comprenant notamment les documents médicaux suivants:

- un certificat médical établi le 13 juin 2008 par le Dr P.\_\_\_\_\_, dont il résulte que l'intéressée "a[vait] été victime, en date du 21 février 2008, d'un accident sur son lieu de travail en retenant un lourd patient en perte d'équilibre avec développement consécutif de lombosciatalgies droites de topographie L5";

- un certificat médical établi le 26 août 2010 par la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin associée auprès du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, attestant une capacité de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010 dans une activité adaptée - telle celle effectuée par l'intéressée à la consultation de néphrologie et hypertension -, étant précisé qu'elle ne pouvait assumer son activité antérieure au Service de dialyse, laquelle n'était pas adaptée dans la mesure où elle nécessitait de porter ou pousser des charges au-delà de 7 kg;

- un certificat établi le 13 septembre 2010 par le Dr D.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante:

"La patiente est venu[e] me voir le 12.3.08 suite à un accident du travail le 21.2.08. Depuis lors elle présente des douleurs lombaires qu'elle n'a jamais eues auparavant."

**c)** Par écriture du 20 décembre 2010, la recourante a indiqué que le remplacement qu'elle avait pu effectuer à la consultation du Service de néphrologie avait pris fin, et qu'elle avait dû reprendre son ancien poste au Service de dialyse dès le 15 décembre 2010; elle avait par ailleurs subi une nouvelle incapacité totale de travail du 6 octobre au 15 novembre 2010, ainsi qu'en attestaient deux certificats établis par la Dresse M.\_\_\_\_\_.

### **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), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** Est litigieux en l'espèce le caractère accidentel, au sens de l'assurance-accidents, de l'événement du 21 février 2008, respectivement le droit de la recourante à la prise en charge des suites du cas par la caisse intimée.

**3. a)** 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 (cf. ATF 129 V 402, consid. 2.1 et les références; TF 8C\_520/2009 du 24 février 2010, consid. 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). 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, consid. 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 admis, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 117, consid. 2.1 et les références). 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 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; TF U 220/05 du 22 mai 2006, consid. 3).

**b)** En l'espèce, il résulte des déclarations de la recourante lors de l'audience d'instruction tenue le 21 septembre 2010 que le jour en cause, le patient dont elle s'occupait, qui pesait environ 60 kilos, se trouvait près de son lit lorsqu'il avait perdu l'équilibre; elle avait dès lors dû le saisir au niveau des cuisses et des fesses pour le pousser sur son lit. Cette description de l'événement correspond en substance à ses déclarations antérieures, tout en les précisant. On relèvera qu'il résulte de sa réponse à la première question du questionnaire complété le 25 juillet 2008 qu'au moment de la perte d'équilibre du patient, l'intéressée était en train de le mettre au lit; par ailleurs, elle n'a pas dû, à proprement parler, le "*porter pour le remettre au lit*", contrairement à ce qu'elle indique dans sa réponse à cette même question, mais bien plutôt le soutenir, respectivement le pousser sur le lit.

Cela étant, l'atteinte à la santé serait survenue au moment où l'intéressée, selon ses dires, a dû soutenir le patient, en le saisissant au niveau des cuisses et des fesses, et le pousser sur le lit. 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 le patient en perte d'équilibre ne saurait en effet être considéré comme inhabituel pour un infirmier; au demeurant, l'intéressée, qui mettait le patient dans son lit, lui apportait ainsi déjà une forme de soutien, quoique dans une moindre mesure, et le poids de ce dernier n'était pas inhabituel ou excessif. 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 (pour des cas similaires, cf. notamment TF 8C\_726/2009 du 30 avril 2010, TF U 220/05 du 22 mai 2006 et ATF 116 V 136).

**c)** Au surplus, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle, exigence qui est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177, consid. 3.1); lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

En l'espèce, la relation de causalité entre l'événement et le dommage ne saurait être qualifiée de probable, compte tenu de la nature de l'atteinte présentée depuis lors par l'intéressée (hernie discale). Selon l'expérience médicale en effet, pratiquement toutes les hernies discales

s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (cf. TF 8C\_301/2009 du 17 septembre 2009, consid. 3.2; TF 8C\_486/2007 du 4 avril 2008, consid. 4.3.1); sont ainsi propres à provoquer la survenance d'une hernie discale, selon la jurisprudence qui se réfère à cet égard à la pratique médicale, des événements tels que chute libre d'une hauteur importante, saut de 10 mètres de hauteur, chute notamment avec port de charges, ou encore télescopage à grande vitesse (cf. TF U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 7.2 et la référence). Dans le cas particulier, force est de constater que l'événement du 21 février 2008 ne revêt manifestement pas une telle importance, propre à entraîner en soi une lésion du disque intervertébral, de sorte que le rapport de causalité naturelle entre cet événement et l'affection présentée par la recourante devrait dans tous les cas être nié. A cet égard, on ne saurait admettre l'existence du lien de causalité naturelle au motif que l'affection en cause est apparue après l'accident (cf. le certificat médical établi le 13 septembre 2010 par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant), ce qui reviendrait à se fonder sur l'adage "post hoc ergo propter hoc" - lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C\_767/2009 du 3 août 2010, consid. 3.3.2).

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

Le présent arrêt est rend 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  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 5 janvier 2009 par Z.\_\_\_\_\_ est confirmée.

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

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, à 1002 Lausanne (pour A.\_\_\_\_\_);
- Z.\_\_\_\_\_, à 1010 Lausanne;
- Office fédéral de la santé publique, à 3003 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).

La greffière :