

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 avril 2019

Composition : M. NEU, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

M._____, à X._____, (France), recourante, représentée par Me Howard Jan Kooger, avocat à Genève,

et

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, à Martigny (VS), intimé.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA ; 9 al. 2 aOLAA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1987, travaillait comme infirmière pour le compte de la Clinique N. _____ à R. _____. A ce titre, elle était assurée obligatoirement par l'intermédiaire de son employeur contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) auprès du Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : GMA SA ou l'intimé).

Le 7 septembre 2016, sur son lieu de travail, M. _____ s'est soudainement écroulée alors qu'elle déplaçait une patiente de sa chaise roulante vers son lit. Elle a immédiatement ressenti des douleurs dorsales.

Par déclaration de sinistre LAA du 9 septembre 2016, M. _____ a annoncé l'événement en question à GMA SA en le décrivant en ces termes : « [l]ors d'un transfert d'une patiente de la chaise vers le lit, celle-ci était en train de chuter. Durant ce mouvement, cette patiente m'a déséquilibrée en la retenant. Ceci m'a provoqué un mal de dos immédiat. » Il en est résulté une déchirure musculaire dans la partie gauche du dos.

Consulté par l'assurée le 9 septembre 2016, le Dr U. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé, dans son rapport du 27 octobre 2016, le diagnostic de cervico-dorsalgie commune non déficitaire. S'il a fait état de cervicalgies lors de la mobilisation de la tête, il n'a toutefois pas constaté de trouble neurologique. Il a coché la case « non » à la question de savoir s'il existait des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. Le traitement prescrit consistait en des séances de physiothérapie, d'ostéopathie et de corticothérapie. Il a estimé que l'assurée présentait une incapacité totale de travail dès le 7 septembre 2016 et qu'elle pouvait reprendre l'exercice de sa profession à plein temps

dès le 30 septembre 2016. Il a attesté que le traitement avait pris fin le 29 septembre 2016.

Invitée à fournir des renseignements complémentaires, M._____ a complété le 28 septembre 2016 le questionnaire intitulé « Description port de personne ». A la question de savoir s'il s'agissait pour elle d'une activité habituelle, l'assurée a coché la case « oui ». En revanche, elle ne s'était pas déroulée dans des circonstances extérieures normales, dès lors que la patiente s'était laissé aller et était en train de tomber. Il s'était en outre produit un événement particulier, en ce sens que la patiente avait déséquilibré l'assurée dans sa chute. Elle a encore précisé qu'elle était assistée d'une collègue et que celle-ci n'avait pas eu de défaillance durant ce transfert.

Par décision du 10 novembre 2016, GMA SA a refusé de prendre en charge le cas. Il a, en bref, considéré que l'événement du 7 septembre 2016 ne constituait pas un accident, faute d'une cause extérieure extraordinaire. En outre, dans la mesure où l'atteinte à la santé présentée par l'assurée ne figurait pas dans la liste exhaustive des lésions prises en charge par l'assurance-accidents au titre des lésions assimilées à un accident, aucune prestation ne pouvait être versée de ce chef.

Le 13 décembre 2016, M._____ s'est opposée à cette décision. Elle a fait valoir que, lors du transfert de la patiente de sa chaise roulante vers son lit, celle-ci s'était, contre toute attente, écoulée. Pour la rattraper, elle avait dû effectuer un brusque mouvement postural non coordonné, constitutif d'un facteur extérieur extraordinaire à l'origine de la déchirure dorsale subie. En tant que, selon le cours ordinaire des choses, la patiente ne s'écroulait pas en cours de transfert de sa chaise vers son lit, l'exigence d'un facteur extérieur extraordinaire était réalisée. Le fait que cette manœuvre ait été effectuée dans le cadre de l'activité habituelle n'y changeait rien. Ainsi, l'événement du 7 septembre 2016 devait être qualifié d'accident. L'assurée a par ailleurs soutenu que la déchirure dorsale subie constituait une déchirure musculaire, de sorte qu'il s'agissait d'une lésion assimilée à un accident. En conséquence, GMA SA

était tenu de prendre en charge les suites de l'événement du 7 septembre 2016.

Par décision sur opposition du 28 décembre 2016, GMA SA a rejeté l'opposition formée par M._____. En premier lieu, il a souligné que l'effort physique fourni par l'assurée ne sortait pas du cadre des sollicitations physiques, ni des situations qu'une infirmière pouvait être amenée à vivre, au vu du poids de la patiente, et du fait que l'assurée était aidée par une collègue. Dès lors, le fait que la pensionnaire ait chuté ne pouvait être considéré comme une cause extérieure extraordinaire. Si une lésion se produisait lors d'un effort et que celui-ci n'excédait pas la norme de ceux de la vie quotidienne de l'intéressé, professionnelle ou privée, il ne s'agissait pas d'un accident. En second lieu, l'assurée ne pouvait rien tirer en sa faveur de la nature de la lésion subie. GMA SA a rappelé que, dans son rapport du 27 octobre 2016, le Dr U._____ avait posé le diagnostic de cervico-dorsalgie commune non déficitaire et que cette pathologie ne figurait pas sur la liste - exhaustive - des lésions assimilées à un accident. Au demeurant, il n'appartenait pas à une infirmière de poser un diagnostic mais uniquement à un médecin. En conséquence, GMA SA n'était pas tenu de servir ses prestations en lien avec l'événement du 7 septembre 2016.

B. Par acte du 20 janvier 2017, M._____ a recouru contre la décision sur opposition du 28 décembre 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant sous suite de frais et dépens à son annulation en ce sens que l'événement du 7 septembre 2016 soit considéré comme un accident et que, partant, GMA SA soit tenu d'en prendre en charge les conséquences. Se référant à un arrêt rendu le 15 octobre 2004 (U 9/04) par le Tribunal fédéral, elle a fait valoir que la présence d'une collègue ne pouvait être retenue dans la mesure où elle avait été seule à retenir la patiente dans sa chute et se trouvait ainsi seule à en supporter le poids. De plus, la patiente s'était laissé aller en arrière de manière totalement inattendue, amorçant une chute. Il en était résulté un brusque mouvement postural de l'assurée, ce qui avait provoqué des dorsalgies. Déséquilibrée par la réaction

imprévisible de la patiente, l'assurée n'avait d'autre choix que de fournir un effort violent et improvisé pour éviter la chute. Le fait de prévenir la chute d'une personne de 65 kg relevait d'un effort physique extraordinaire et soudain pour une femme de corpulence moyenne surprise par le déséquilibre imprévu de sa patiente, dépassant ainsi le cadre des événements que l'on pouvait qualifier objectivement de quotidiens ou d'habituels.

Dans sa réponse du 17 février 2017, GMA SA a conclu au rejet du recours. Après avoir rappelé quelques arrêts tirés de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de transfert de personnes, il a admis que si, dans le cas d'espèce, la patiente avait certes chuté, ce fait ne se produisait pas toujours, raison pour laquelle l'assurée l'avait signalé comme une circonstance particulière dans le questionnaire complété. Toutefois, ce genre de situations faisait partie de celles fréquemment rencontrées dans le cadre de la profession d'infirmière, de sorte qu'elle ne constituait pas quelque chose d'extraordinaire au sens de la jurisprudence évoquée. De plus, l'assurée était déjà en contact avec la patiente afin de pouvoir intervenir le cas échéant, puisqu'elle l'aidait à passer d'une chaise au lit. Dans ces conditions, c'était à juste titre qu'il avait refusé de servir ses prestations en lien avec l'événement du 7 septembre 2016, celui-ci ne constituant pas un accident au sens de la loi.

Invitée à se déterminer, l'assurée n'a pas procédé.

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). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt

du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (art. 58 al. 2 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Bien que non chiffrée, il convient d'admettre que la valeur litigieuse est selon toute vraisemblance inférieure au seuil légal de 30'000 fr., compte tenu de la brièveté de l'incapacité de travail attestée et de la courte durée du traitement, limité au 29 septembre 2016, et consistant pour l'essentiel en la prescription de séances de physiothérapie et de corticoïdes. Partant, la présente cause relève de la compétence du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, est litigieuse la prise en charge par l'intimé, en tant qu'assureur-accidents, des conséquences de l'événement du 7 septembre 2016 lors duquel l'assurée s'est blessée au dos, ce qui revient à déterminer, d'une part, si cet événement constitue un accident, singulièrement si la cause extérieure extraordinaire est réalisée dans le cas particulier et, d'autre part, si le diagnostic retenu de « cervico-dorsalgie commune non déficitaire » constitue une lésion assimilée à un accident.

On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce,

vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; cf. aussi ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA).

A teneur de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (voir Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit [SBVR], vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, p. 921, n. 88 ; ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). 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 134 V 72 consid. 4.3.1 ainsi que la référence ; TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

b) Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut 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. Toutefois, la jurisprudence admet l'existence d'un facteur extérieur exceptionnel lorsqu'en soulevant ou en poussant une charge, un assuré subit une lésion à cause d'un effort extraordinaire, c'est-à-dire manifestement excessif. Encore faut-il 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.

Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de juger des affaires similaires à la présente cause, s'agissant de port de personnes. Il a, par exemple, admis la survenance d'un accident dans le cas d'une infirmière qui avait empêché un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit au fauteuil roulant (voir RAMA 1994 n° U 185 p. 79 consid. 2b [U 67/93] ; voir également TFA U 9/04 du 15 octobre 2004, admettant l'existence d'un accident dans un cas où l'assurée, aide-soignante, lors du déplacement d'une patiente d'un lit à une chaise, s'était retrouvée seule, contrairement à son habitude, à devoir supporter une grande partie du poids de la patiente ensuite de la défection de sa collègue, fournissant ainsi un effort violent et improvisé pour éviter le pire).

Il a par contre nié l'existence d'un effort extraordinaire dans le cas d'un transfert d'un patient d'une table d'opération à un lit par un aide-infirmier, dès lors que celui-ci jouissait d'une bonne constitution et n'avait pas, à proprement parler, soulevé le malade au cours de cette manipulation (ATF 116 V 136). Comme le montre l'abondante casuistique en relation avec des lésions dues à des efforts (voir Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit., p. 924, n. 98), les circonstances

particulières du cas d'espèce sont décisives pour apprécier le caractère extraordinaire ou non du facteur extérieur. Ainsi, la position adoptée par la personne qui a fourni l'effort peut jouer un rôle (voir RAMA 1994 U 180 p. 37 consid. 3c). Il en est de même de la différence de constitution et de poids entre deux personnes lorsque l'une retient l'autre pour l'empêcher de tomber (TF 8C_611/2011 du 3 septembre 2012 consid. 5.2 et la référence).

4. Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

b) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

c) Par ailleurs, il incombe à celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (ATF 116 V 136 consid. 4b et les références).

5. a) En l'occurrence, des pièces versées au dossier afférentes au déroulement des faits, il ressort que l'activité en cause – transférer une patiente de 60 kilos de sa chaise vers son lit – était habituelle pour la recourante. En outre, il est précisé qu'aucun autre personnel soignant ne fit défaut, hormis la patiente au moment de sa perte inopinée d'équilibre, laquelle a déséquilibré la recourante en la retenant dans sa chute.

Ainsi, si l'on se rapporte à la casuistique rappelée plus haut, on ne se trouve pas dans le cas d'une infirmière se retrouvant seule à devoir supporter abruptement un poids en raison de la défection subite d'une collègue (arrêt U 9/04 ou U 67/93), mais de l'accompagnement d'un patient dans un déséquilibre, ceci dans un mouvement de rotation effectué dans la précipitation, pour le retenir alors qu'il est sur le point de choir.

En pareil cas, comme déjà jugé dans une affaire transposable à la présente espèce (TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010), le mouvement effectué n'est pas réputé inhabituel pour une infirmière, et il n'est en l'occurrence pas établi que le mouvement litigieux se soit déroulé de manière non programmée, en tant qu'un fait extérieur serait venu interférer celui-ci (TFA U 220/05 du 22 mai 2006).

Il s'ensuit que les circonstances qui ont entraîné l'atteinte à la santé de l'assurée ne relèvent pas d'un accident au sens juridique du terme, faute du caractère extraordinaire du facteur extérieur dommageable.

b) Au constat qui précède s'ajoute encore celui - au demeurant non contesté - que l'atteinte à la santé en question telle que clairement diagnostiquée, soit une cervico-dorsalgie commune non déficitaire, ne constitue pas une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 applicable en l'espèce (cf. consid. 2 supra ; dès le 1^{er} janvier 2017 : art. 6 al. 2 LAA), dès lors qu'elle ne figure pas au nombre des atteintes exhaustivement (ATF 116 V 136 consid. 4a) énumérées par cette disposition.

c) Vu ce qui précède, l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 28 décembre 2016, à nier le droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 7 septembre 2016.

6. Le recours s'avérant ainsi mal fondé, il y a lieu de le rejeter, sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni allocation de dépens, dès lors que la recourante se trouve déboutée de ses conclusions (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 28 décembre 2016 par Groupe Mutuel Assurances GMA SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Howard Jan Kooger, avocat (pour M. _____),
- Groupe Mutuel Assurances GMA SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :