https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/tribunal-des-affaires-de-securite-sociale-de-haute-garonne-23-fevrier-2011-centre-hospitalier-faute-inexcusable-glissement-de-taches-agent-de-service-hospitalier/
Tribunal des affaires de sécurité sociale de Haute-Garonne, 23 février 2011 (Centre hospitalier – Faute inexcusable – Glissement de tâches – Agent de service hospitalier – Aide-soignant)
23/02/2011
Dans un jugement en date du 23 février 2011, le Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) de Haute-Garonne a considéré qu’un centre hospitalier a commis une faute inexcusable en affectant un agent de service hospitalier (ASH) sur une tâche d’ordinaire destiné aux aides-soignants. En l’espèce, l’ASH a contracté une vive douleur dans le bas du dos, à savoir une lombosciatalgie droite en déshabillant une patiente. Le tribunal indique en effet que «

ce n’est pas de façon fortuite ou ponctuelle que (…) l’agent de service hospitalier, a été amenée à aider une résidente à se déshabiller mais dans le cadre d’une mission programmée par l’employeur, qui l’avait chargée de s’occuper des résidents, et non pas d’assurer les fonctions de nettoyage, préparation et distribution des repas, aide à la prise alimentaire, tâches relevant de ses fonctions. Il ne s'agissait pas non plus « d’assurer le confort des résidents » l’activité de déshabillage relevant exclusivement des aides-soignants
». Le TASS retient la faute inexcusable à l’égard de l’employeur dans la mesure où celui-ci «
n’a pris aucune mesure pour empêcher le risque de se réaliser », « a commis un manquement à l’obligation de sécurité de résultat qui pèse sur lui, qu’il ne pouvait qu’avoir conscience du danger auquel il exposait sa salariée puisqu’il n’ignorait pas les différences de formation et de compétence entre les fonctions d’aide soignante et d’agent de service, et donc les compétences sur la capacité à dispenser des soins aux malades dans des conditions optimales
».
Dispensé des formalités de timbre et d'enregistrement (Article L-124.1 du Code de la Sécurité Sociale)
RÉPUBLIQUE FRANCAISE
TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE
DE
 LA HAUTE GARONNE
JUGEMENT DU MERCREDI 23 FÉVRIER 2011
Numéro Recours :
 20900543
Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de la HAUTE GARONNE réuni en audience publique au Palais de Justice de TOULOUSE le MERCREDI 5 JANVIER 2011
FRANCOISE LUCIANI, VICE PRESIDENTE, Présidente du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale ;
SERGE DELGA, Membre Assesseur représentant les travailleurs salariés du Régime Général, présent
JEAN CHARLES MAZIERES, Membre Assesseur représentant les travailleurs non salariés du Régime Général, présent
CHRISTINE FABRE, Secrétaire ;
EN LA CAUSE
MADAME X, …, représenté(e) par Maître VAISSIERE PAULINE 11 RUE DU PONT VIEUX 31000 TOULOUSE, présent
CONTRE
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT GAUDENS, 351 AV DE SAINT PLANCARD 31800 SAINT GAUDENS,
représenté(e) par SCP MATHEU RIVIERE SACAZE ET ASSOCIES 4 RUE JULES DE RESSEGUIER 31000 TOULOUSE, présent
APPELE EN LA CAUSE
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA HAUTE GARONNE SERVICE JURIDIQUE, 3 BOULEVARD LEOPOLD ESCANDE 31093 TOULOUSE CEDEX 9, représenté(e) par MADAME AUDARD VANESSA en vertu d'un pouvoir régulier, présent
Le Tribunal, après en avoir délibéré conformément à la loi, a mis l'affaire en délibéré au MERCREDI 23 FÉVRIER 2011, et a rendu un jugement en ces termes
FAITS, PROCÉDURE, MOYENS DES PARTIES
Mme X e été embauchée le 1
er
 juillet 2005 par le centre hospitalier de Saint-Gaudens en qualité « d'agent de service hospitalier ».
A compter de novembre 2005 elle a été affectée à la maison de retraite « Aurelia ».
Le 4 décembre 2006 au cours de son travail, Madame X a ressenti une vive douleur au dos.
Le 5 décembre 2006 l'employeur a adressé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie la déclaration d'accident du travail ainsi libellée :
« Alors qu'elle aidait une résidente (Mlle ...) à enlever sa chemise de nuit, Madame X a ressenti une forte douleur dans le bas du dos, puis est restée « bloquée » en s'occupant de la résidente suivante (Mme …) ».
Une lombosciatalgie droite a été diagnostiquée.
Le caractère professionnel de l'accident a été reconnu par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie le 14 décembre 2006.
Madame X a introduit une procédure de reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur ; elle a saisi le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale le 22 avril 2009, après l'échec de la procédure de conciliation.
Madame X soutient que l'accident est survenu alors qu'elle effectuait une tâche ne relevant pas de sa compétence, mais de celle des aides soignants ; qu'en l'espèce, elle effectuait une tâche relevant des soins d'hygiène corporelle, et non pas, comme le soutient l'employeur, une tâche destinée à assurer « le confort des patients ».
Elle sollicite, en conséquence la reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur, la majoration de la rente qui lui a été attribuée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, une expertise médicale, une provision de 1.000 € et une somme de 1.500 € en vertu de l'article 700 du Code de Procédure Civile.
Le centre hospitalier Comminges Pyrénées (anciennement centre hospitalier de Saint-Gaudens) conclut au rejet des demandes et sollicite 2.000 € en application de l'article 700 du Code de Procédure Civile.
Il fait plaider que les circonstances de l'accident sont indéterminées, aucun témoin n'ayant assisté à la scène et Madame X ayant quelque peu modifié sa version des faits. Subsidiairement, il soutient que Madame X était en train d'assurer le confort d'une malade, ce qui relève de sa fonction.
La Caisse Primaired'Assurance Maladie de la Haute-Garonne s'en remet à justice sur la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, ne s'oppose pas à une mesure d'expertise et rappelle qu'elle dispose d'une action récursoire contre l'employeur.
3
MOTIFS DE LA
DECISION
Il suffit de se reporter à la déclaration d'accident du travail, rédigée par l'employeur lui-même, pour constater que l'accident est survenu alors que Madame X, agent des services hospitaliers, aidait une résidente à enlever sa chemise de nuit ; elle a ressenti une forte douleur dans le bas du dos....et elle est restée bloquée... «
en s'occupant de la résidente suivante
 ».
La déclaration de l'employeur établit donc clairement que Madame X était en train de s'occuper des patientes, et dans un ordre bien précis (on évoque la résidente « suivante » en citant d'ailleurs son nom).
Ce n'est donc pas de façon fortuite ou ponctuelle que Madame X, agent de service hospitalier, a été amenée
à
 aider une résidente à se déshabiller, mais dans le cadre d'une mission programmée par l'employeur, qui l'avait chargée de s'occuper des résidents, et non pas d'assurer les fonctions de nettoyage, préparation et distribution des repas, aide à la prise alimentaire, tâches relevant de ses fonctions (cf. fiche de poste).
Il ne s'agissait pas non plus « d'assurer le confort des résidents » l'activité de déshabillage relevant exclusivement des aides soignants (cf. arrêté du 22 octobre 2005, rubrique « module 1 »).
En outre, le tableau de service du centre hospitalier pour décembre 2006 mentionne Madame X dans la liste des « A.S./A.S.H.
soins
 » ; l'employeur n'apporte aucun élément contraire probant, et en particulier ne démontre pas que le jour de l'accident les toilettes des résidents ont été assurées par des aides soignants.
Enfin, il semble que l'affectation des agents de service aux tâches des aides soignants soit une pratique habituelle dans l'établissement, puisque le problème a été signalé lors de la séance du Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail du 26 octobre 2010 :
« Madame le Docteur Y indique que les A.S.H. affectés aux

manquent de formation ».
Il est ainsi établi qu'en affectant Madame X à une tâche qui ne relevait pas de sa compétence, l'employeur a commis un manquement à l'obligation de sécurité de résultat qui pèse sur lui ; il ne pouvait qu'avoir conscience du danger auquel il exposait sa salariée puisqu'il n'ignorait pas les différences de formation et de compétence entre les fonctions d'aide soignante et d'agent de service, et donc les conséquences sur la capacité à dispenser des soins aux malades dans des conditions optimales.
Pour autant, l'employeur n'a pris aucune mesure pour empêcher le risque de se réaliser.
La faute inexcusable est établie.
Les documents médicaux produits aux débats ainsi que l'avis du service médical de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie permettent de faire droit à la demande d'expertise.
L'article L.144-5 du C.S.S. permet de mettre l'avance des frais d'expertise à la charge de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
Il y a donc lieu d'accorder à Madame X le bénéfice d'une provision de 1.000 €.
La rente servie à Madame X sera majorée au taux maximum en application de l'article L.452-2 du Code de la Sécurité Sociale,
Une somme de 1.500 € sera mise à la charge du centre hospitalier de Saint-Gaudens en application de l'article 700 du Code de Procédure Civile.
PAR CES MOTIFS
Le Tribunal statuant publiquement, par jugement contradictoire, en premier ressort et après en avoir délibéré conformément à la loi :
Dit que la faute inexcusable du centre hospitalier de Saint-Gaudens (centre hospitalier Comminges Pyrénées) est à l'origine de l'accident du travail du 4 décembre 2006 dont Mme X a été victime.
Dit que la rente servie à Madame X sera majorée au taux maximum, le capital représentatif étant fixé à 23.281,21 € par la Caisse Primaired'Assurance Maladie.
Ordonne une expertise médicale en vue de statuer sur les préjudices subis par Madame X.
Désigne pour y procéder en qualité d'expert :
Le Docteur Claude GUYARD
 Clinique des Cèdres
Château d'Alliez
31700 CORNEBARRIEU
ou à défaut :
A Le Docteur Richard NAKACHE 100 avenue de Muret
31300 TOULOUSE
avec le mandat suivant :

-
Aviser des lieu, date et heure de l'examen le médecin traitant et le médecin conseil qui peuvent assister à l'expertise conformément aux dispositions de l'article
R.141-4 du Code
de
 la Sécurité Sociale
1°) convoquer Madame Mme X, victime de l'accident ; convoquer aussi les autres parties par lettre recommandée avec avis de réception et leurs conseils par lettre simple en invitant chacun et tous tiers détenteurs à communiquer tous les documents médicaux relatifs à l'accident, en particulier le certificat médical initial ;
2°) se faire communiquer par la victime, son représentant légal ou tout tiers détenteur, tous documents médicaux relatifs à l'accident, en particulier le certificat médical initial ;
3°) fournir le maximum de renseignements sur l'identité de la victime, ses conditions d'activité professionnelle, son statut exact et/ou sa formation s'il s'agit d'un demandeur d'emploi ;
4°
)
 à partir des déclarations de la victime imputables au fait dommageable et des documents médicaux fournis, décrire en détail les lésions initiales, les modalités de traitement, en précisant autant que possible les durées exactes d'hospitalisation et, pour chaque période d'hospitalisation, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés et la nature des soins ;
5°) indiquer la nature de tous les soins et traitements prescrits imputables à l'accident et, si possible, la date de la fin de ceux-ci ;
6°) décrire, en cas de difficultés particulières éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsque la nécessité d'une aide temporaire est alléguée, la consigner et émettre un avis motivé sur sa nécessité et son imputabilité ;
7°) retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial et, si nécessaire, reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux permettant de connaître les lésions initiales et les principales étapes de l'évolution ;
8°) prendre connaissance et interpréter les examens complémentaires produits ;
9°) recueillir les doléances de la victime en l'interrogeant sur les conditions d'apparition, l'importance des douleurs et de la gêne fonctionnelle et leurs conséquences ;
10°) décrire un éventuel état antérieur en interrogeant la victime et en citant les seuls antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles. Dans cette hypothèse :
au cas où il aurait entraîné un déficit fonctionnel antérieur, fixer la part imputable à l'état antérieur et la part imputable au fait dommageable,
au cas où il n'y aurait pas de déficit fonctionnel antérieur, dire si le traumatisme a été la cause déclenchante du déficit fonctionnel actuel ou si celui-ci se serait de toute façon manifesté spontanément dans l'avenir ;
11°) procéder, dans le respect du contradictoire à un examen clinique détaillé en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime ;
12°) analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre l'accident, les lésions initiales et les séquelles invoquées en se prononçant sur :
la réalité des lésions initiales,
la réalité de l'état séquellaire,
l'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur ;
13°) déterminer la durée du déficit fonctionnel temporaire, période pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation certaine, directe et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités professionnelles ou ses activités habituelles.
Si l'incapacité n'a été que partielle en préciser le taux ;
Préciser la durée des arrêts de travail au regard des organismes sociaux au vu des justificatifs produits ; si cette durée est supérieure à l'incapacité temporaire retenue, dire si ces arrêts sont liés au fait dommageable ;
14°) fixer la date de consolidation, qui est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation ;
15°) chiffrer, par référence au « barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun » le taux éventuel de déficit fonctionnel permanent (incapacité permanente) imputable à l'accident, résultant de l'atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions persistant au moment de la consolidation, le taux de déficit fonctionnel devant prendre en compte, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime mais aussi les douleurs physiques et morales permanentes qu'elle ressent, la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après consolidation ; dans l'hypothèse d'un état antérieur, préciser en quoi l'accident a eu une incidence sur celui-ci et décrire les conséquences de cette situation ;
16°) lorsque la victime allègue une répercussion dans l'exercice de ses activités professionnelles, recueillir les doléances, les analyser, les confronter avec les séquelles retenues, en précisant les gestes professionnels rendus plus difficiles ou impossibles ; dire si un changement de poste ou d'emploi apparaît lié aux séquelles ;
17°) décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales endurées pendant la maladie traumatique (avant consolidation) du fait des blessures subies. Les évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés ;
18°) donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du préjudice esthétique, en précisant s'il est temporaire (avant consolidation) ou définitif. L'évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés indépendamment de l'éventuelle atteinte fonctionnelle prise en compte au titre du déficit ;
19°) dire si les frais médicaux, pharmaceutiques, paramédicaux, hospitalisation, appareillage, postérieurs à la consolidation, directement imputables à l'accident, sont actuellement prévisibles et certains.
Dans l'affirmative, indiquer pour chacun de ces frais, le caractère occasionnel ou viager, la nature, la quantité et la durée prévisibles ;
20°) préciser la situation professionnelle (ou scolaire) du blessé avant l'accident, ainsi que le rôle qu'auront joué les conséquences directes et certaines de l'accident sur l'évolution de cette situation : reprise de l'emploi antérieur, changement de poste, changement d'emploi, nécessité de reclassement ou d'une formation professionnelle, possibilité d'un travail adapté, restriction à un travail occupationnel, inaptitude absolue et définitive à une activité rémunératrice ;
21°) dire s'il existe un préjudice sexuel ; le décrire en précisant s'il recouvre l'un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : fa morphologie, l'acte sexuel (libido, impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ;
22°) si le cas le justifie, procéder selon la méthode du pré-rapport afin de provoquer les dires écrits des parties dans tel délai de rigueur déterminé de manière raisonnable et y répondre avec précision.
Dit que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne versera à Madame Mme X une provision de 1.000 et fera l'avance des frais d'expertise.
Dit que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie exercera son action récursoire à l'encontre de l'employeur conformément à l'article L.452-3 du Code de la Sécurité Sociale.
Condamne le centre hospitalier Comminges Pyrénées à payer à Madame X une somme de 1.500 € au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile.
Dit que l'expert pourra s'adjoindre tout spécialiste de son choix.
Dit que l'expert déposera son rapport dans le délai de trois mois à compter de sa saisine, sauf prorogation de délai demandée par l'expert au Tribunal.
Dit que dans un délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision, chacune des parties pourra interjeter appel de ce jugement, rappel devant être formé par déclaration ou par lettre recommandée adressée au Greffe de la Cour d'Appel de TOULOUSE, accompagnée de la copie de la décision.