

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourante, représentée par Me Catherine Merényi,
avocate auprès du Service juridique de DAS Protection juridique SA, à
Lausanne,

et

N._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) M._____, née en 1989, a travaillé dès le 1^{er} septembre 2007 en qualité d'apprentie assistante socio-éducative dans le secteur polyhandicap de la Fondation [...] (l'employeur), à [...]. A ce titre, elle était assurée auprès de N._____ (la caisse) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 21 janvier 2009, l'employeur a adressé à la caisse une déclaration d'accident LAA, indiquant que l'assurée avait été victime le 13 janvier 2009 d'un accident, lequel était décrit comme il suit: "*En portant une résidante qui faisait une crise d'épilepsie, l'assurée s'est fait mal à l'épaule*". L'intéressée était de ce chef en incapacité de travail depuis le 20 janvier 2009, en raison d'une atteinte à l'épaule gauche sous forme de tendinite.

Dans un rapport médical initial LAA établi le 21 janvier 2009, le Dr F._____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche avec tendomyose diffuse des rotateurs et élévateurs de l'épaule. Selon ce médecin, qui indiquait avoir été consulté le 20 janvier 2009 pour les premiers soins, l'intéressée était en incapacité totale de travail depuis le 21 janvier 2009, et ce probablement jusqu'au 9 février 2009.

Interpellée par la caisse quant aux circonstances exactes de l'événement accidentel, l'assurée a répondu le 4 février 2009 notamment 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)

Je procurais des soins à une résidante, lorsqu'elle s'est levée, elle a eu une crise d'épilepsie et je n'ai pas eu d'autre choix que la porter jusqu'à son lit, ce qui m'a fait mal au bras gauche, à l'épaule."

[...]

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

Le jour même, mais j'ai attendu une semaine avant d'aller consulter mon médecin.

4. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? *Oui*
S'est-elle déroulée dans des circonstances extérieures normales ? *Oui, crise d'épilepsie.*

Ou s'est-il produit un événement particulier ? *Crise d'épilepsie.*

Si oui, faites-en une description exacte ? -

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

La résidente, et j'en ai informé l'équipe et ma hiérarchie.

6. Etes-vous de nouveau capable de travailler ? *Non"*

L'assurée a repris son activité dès le 16 février 2009, selon un courrier électronique adressé à la caisse le jour même par son employeur.

Dans un rapport établi le 17 février 2009, le Dr F. _____ a retenu le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche post-traumatique et confirmé l'incapacité totale de travail dès le 21 janvier 2009, une reprise du travail étant à son sens envisageable à 50 % dès le 18 février 2009.

b) Par décision du 18 février 2009, la caisse a refusé la prise en charge des suites du cas, au motif que, en l'absence d'une cause extérieure sortant de l'ordinaire de l'activité d'éducatrice telle qu'exercée par l'assurée, l'événement du 13 janvier 2009 ne pouvait être qualifié d'accident. Elle a par ailleurs relevé que l'atteinte présentée par l'intéressée n'était pas constitutive d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), et conclu que le cas relevait de la compétence de l'assureur-maladie.

Par courrier adressé à la caisse le 23 février 2009, l'assurée a exposé ce qui suit:

[...] "je vous envoie ce courrier pour vous expliquer à nouveau mon accident du 13 janvier 2009.

Ce jour-là, je m'occupais d'une résidante âgée de 25 ans épileptique mais qui n'avait pas fait de crise avérée depuis 10 ans. Je lui procurais les soins du matin, lorsque celle-ci s'est levée pour atteindre sa chaise électrique, soudain prise d'une crise d'épilepsie elle bascule en avant en ayant les genoux pliés. Pour qu'elle ne se blesse pas plus, car déjà blessée au niveau des genoux, j'ai dû la retenir et la porter jusqu'à son lit.

Je ne pouvais malheureusement pas faire autrement car derrière elle il y avait son lit, et si je la laissais basculer en avant elle se serait cogné voir ouvert la tête.

C'est suite à ces mouvements-là que je me suis fais mal à l'épaule gauche. J'ai ressenti une forte douleur le jour même. J'ai informé ma hiérarchie par les moyens ad hoc. Croyant que cela passerait au bout de quelques jours j'ai préféré attendre, mais sept jours après je ne pouvais plus bouger mon bras et c'est à ce moment-là que j'ai dû consulter mon médecin.

Dans ma déclaration à la question quatre je vous ai répondu que pour moi c'était une activité habituelle. Car m'occupant tous les jours de ces résidants pour moi il s'agit d'une activité habituelle. Ce qui par contre n'est pas habituel c'est ces crises d'épilepsie et de porter seule dans son lit une femme de 25 ans. Je n'ai apparemment pas compris le sens de la question, je m'en excuse."

Etait joint à ce courrier une attestation établie le 23 février par les responsables du secteur polyhandicap, respectivement des ressources humaines, de la Fondation [...], dont la teneur est la suivante:

"Les soussignées"

[...]

"attestent que l'accident dont a été victime, le 13 janvier 2009,

**Mademoiselle M. _____, née le 4 janvier 1989
domiciliée à [...]**

ne résulte pas du tout d'une situation professionnelle habituelle. En effet, cet accident s'est produit lorsque Mlle M. _____ a dû retenir une résidante lors d'une crise d'épilepsie afin d'éviter une chute pouvant entraîner des risques de blessures graves.

Sa fonction en effet prévoit de faire des transferts avec des mouvements bien coordonnés et spécifiques enseignés par notre physiothérapeute et d'utiliser les moyens auxiliaires à disposition. Dans le cas précis de l'incident, elle a dû mettre en sécurité une personne dans une situation d'urgence médicale ce qui rentre tout à fait dans la catégorie des causes extérieures extraordinaires."

c) Par décision sur opposition du 21 août 2009, la caisse a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 18 février 2009, dans le sens d'un refus de prise en charge des suites du cas.

Elle a relevé que l'assurée avait déclaré, tant dans le questionnaire complété le 4 février 2009 que dans son opposition du 27 février 2009, que la douleur était apparue "*le jour même*", et qu'elle n'avait à aucun moment précisé avoir ressenti immédiatement une douleur, c'est-à-dire pendant qu'elle portait la patiente, ni même juste après l'avoir mise au lit; au contraire, il ressortait de ses explications que la douleur était apparue plus tard dans la journée. Dans ces conditions, la relation de causalité naturelle entre l'événement incriminé et la tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche était tout au plus possible, mais n'était pas établie au degré de vraisemblance prépondérante requis. Par ailleurs, la caisse a relevé qu'une tendinopathie (ou tendinite) de la coiffe des rotateurs correspondait à une inflammation des tendons de l'épaule, inflammation qui survenait principalement par effet de surcharge chronique de l'épaule. En l'espèce, dès lors que la douleur n'était pas apparue immédiatement et au vu du diagnostic de tendinopathie, il apparaissait ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion en cause était due à des microtraumatismes répétés.

B. a) M. _____ a formé recours contre cette décision sur opposition par acte de son mandataire du 17 septembre 2009, concluant à son annulation, avec pour suite principalement le renvoi de la cause à la caisse pour mesures d'instruction complémentaires, et subsidiairement le constat que la caisse était tenue de prendre en charge l'ensemble des frais médicaux et d'hospitalisation, les indemnités journalières ainsi que toute autre prestation LAA liée à l'événement du 13 janvier 2009. S'agissant de l'évolution du cas, elle a indiqué que, les douleurs persistant, elle avait consulté en mai 2009 le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel avait ordonné une imagerie par résonance magnétique (IRM) de son épaule gauche; cet examen, pratiqué le 15 juin 2009, ayant conclu à une tendinite du sus-épineux avec bursite sous-acromiale, le Dr K. _____ avait procédé à une intervention le 18 juin 2009, sous la forme d'une arthroscopie de l'épaule gauche, bursectomie sous-acromiale et acromioplastie. Dans un rapport du 17 juillet 2009, ce médecin avait attesté une incapacité totale de travail chez l'intéressée depuis le 18 juin 2009, estimant qu'il était trop tôt pour se déterminer

quant à la date d'une reprise du travail. Le rapport d'IRM, le protocole opératoire et le rapport du 17 juillet 2009 ont été produits.

Sur le fond, la recourante a soutenu que, dans la mesure où la force qu'elle avait dû déployer pour retenir et porter le résidant était manifestement plus importante qu'en situation normale, cela de manière imprévisible, l'événement du 13 janvier 2009 devait être qualifié d'accident. Elle a par ailleurs fait grief à la caisse intimée de n'avoir pas instruit le cas avec toute la diligence requise, relevant notamment que la décision attaquée avait été rendue avant son rétablissement, et sans que des rapports médicaux complémentaires aient été requis. Enfin, se référant à une déclaration orale du Dr K. _____, lequel avait affirmé que les lésions constatées par l'examen par IRM, respectivement lors de l'intervention du 18 juin 2009, étaient constitutives d'une élongation musculaire, l'intéressée a fait valoir que, si un tel diagnostic devait être confirmé, l'atteinte en cause relèverait d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. e OLAA.

Dans sa réponse du 17 novembre 2009, la caisse intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a estimé que, si la réalisation de caractère extraordinaire était admise dans le cas d'espèce, le lien de causalité naturelle, au degré de vraisemblance prépondérante, et la condition de soudaineté devaient en revanche être niés. Quant à une éventuelle application de l'art. 9 al. 2 OLAA, elle était à son sens hors de propos, dès lors que le caractère extérieur extraordinaire de l'événement était admis. La caisse intimée a produit son dossier, comprenant notamment un rapport établi le 30 octobre 2009 par son médecin-conseil, le Dr T. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel concluait à l'absence de relation de causalité naturelle entre l'événement du 13 janvier 2009 et les anomalies anatomiques objectivées sur l'épaule gauche de la recourante, précisant en particulier ce qui suit:

"Les bursites sous-acromiales « post-traumatiques » sont rares. Elles sont généralement le résultat d'action vulnérante à relative haute énergie. Le cas classique est la chute sur l'épaule ou, mieux, la

chute sur le coude, où l'onde de choc suivant l'axe de l'humérus provoque une contusion sous-acromiale (par un effet d'élévation abrupte de la tête de l'humérus).

D'autres traumatismes peuvent aussi être impliqués, s'agissant souvent de mouvements extrêmes de l'articulation de l'épaule, encore une fois abruptes. Le cas classique est l'ouvrier qui glisse et reste suspendu par la main, ou encore la personne qui glisse dans les escaliers et tente de se retenir à la rambarde alors que le corps fait un mouvement en avant.

Les bursites non traumatiques sont fréquentes. Lorsqu'elles ne sont pas calcifiantes (en raison de dépôts calciques ectopiques), elles s'associent généralement à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs sous-jacente. Ces bursites sont donc le résultat de micro-traumatismes répétés, par exemple dans le cadre d'une activité sportive. Elles peuvent aussi se constituer lors de toute biomécanique inappropriée de l'épaule, articulation la plus utilisée du corps humain, en raison de l'insuffisance des muscles abaisseurs de l'épaule, ce qui conduit inévitablement vers la tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

Lors de l'événement du 13 janvier 2009, aucune action vulnérante pouvant générer la bursite n'a été identifiée. Au contraire, il s'agirait plutôt d'un mouvement de décoaptation de l'épaule (par traction du bras vers le bas, en portant le malade), phénomène qui met essentiellement à contribution les muscles déltôïde et biceps.

En d'autres termes, l'événement en question a peut-être généré une entorse bénigne de l'épaule par traction axiale. Elle a surtout révélé une pathologie de surcharge sous-jacente, c'est-à-dire la tendinopathie de la coiffe des rotateurs et la bursite débutante d'accompagnement. Pour la seule entorse bénigne supputée, on s'attend généralement à une résolution des symptômes dans les jours qui suivent, avec un retour au status quo fonctionnel usuel de l'épaule après un délai maximal de 1 mois."

Figure également au dossier de la caisse intimée un courrier électronique que lui a adressé l'employeur de la recourante le 16 novembre 2009, mentionnant les incapacités de travail suivantes: 100 % du 21 janvier au 17 février 2009, 50 % du 18 février au 2 avril 2009, 100 % du 3 avril au 23 août 2009, enfin 80 % dès le 24 août 2009, encore en cours.

Par écriture du 8 mars 2010, la recourante a produit les pièces suivantes:

- un rapport établi le 21 janvier 2010 par le Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel retenait le diagnostic de

cervico-brachialgies résiduelles après acromioplastie et bursectomie arthroscopique de l'épaule gauche, et préconisait un bilan neurologique complémentaire;

- un rapport établi le 4 février 2010 par le Dr B._____, spécialiste FMH en neurologie, concluant qu'il n'y avait pas a priori d'argument en faveur d'une participation neurogène à la symptomatologie de la recourante;

- un courrier adressé le 4 mars 2010 à son conseil par le Dr K._____, lequel, interpellé notamment sur ce point, indiquait que la lésion présentée par l'intéressée à l'épaule gauche pouvait "*être assimilée à la lettre e selon l'art. 9 OLAA*".

b) Une audience d'instruction a été tenue le 24 mars 2010.

Interrogée sur les circonstances exactes de l'événement du 13 janvier 2009, la recourante a précisé notamment ce qui suit:

"Au moment des faits, la résidante se levait de son lit pour se rendre sur sa chaise, mouvement à l'occasion duquel, en principe, j'offre un bras de soutien. Une fois debout, la résidante a présenté des signes d'une perte de connaissance, propre aux prémisses de la crise d'épilepsie; munie d'une attelle à la jambe et au genou, elle est partie en avant dans un mouvement d'agenouillement. C'est alors que j'ai eu le réflexe de la retenir avec le bras gauche pour éviter la chute, et de la redresser pour la remettre sur son lit." (...) "Je précise qu'il n'était pas possible d'accompagner la patiente au sol (ce qui doit en principe être fait en cas de crise d'épliepsie), dans la mesure où son lit se trouvait derrière elle et sa chaise derrière moi; à ma gauche, il y avait une commode et à ma droite un mur. C'est la raison pour laquelle je n'avais d'autre choix que de la remettre sur son lit, craignant en particulier pour ses genoux et sa tête. Je précise que la résidante, lors de la perte de connaissance, partait de tout son poids, les tremblements n'étant intervenus qu'une fois la patiente sécurisée. Si, bien que droitrière, je l'ai retenue du bras gauche, c'est précisément qu'elle est partie vers sa droite (compte tenu de son hémiplégie), soit vers ma gauche. Je confirme que cette résidante n'avait plus connu de crise d'épilepsie depuis de nombreuses années. Si je me trouvais seule avec la patiente, c'est que le soin consistant à la toilette, compte tenu de l'absence de crise, ne requérait pas l'action de deux personnes. En tant qu'apprentie, j'avais l'autorisation de la direction. S'agissant des douleurs, je confirme en avoir ressenti sur le moment même (sans pouvoir préciser si c'est au moment de retenir la résidante, de

l'accompagner ou de la porter – ce qui s'est déroulé sur quelques secondes), mais en particulier après avoir sécurisé la patiente (ma priorité), et réalisé ce qui s'était passé; ces douleurs se sont révélées plus fortes le soir. Il me semble que j'avais congé le lendemain et je pensais que cela allait passer, prenant également des anti-inflammatoires (Irfen). Faute d'amélioration, j'ai consulté le 20 janvier 2009. Dans l'intervalle, je n'ai pris au travail, d'entente avec mes collègues, que des cas légers."

c) Par écriture du 20 avril 2010, la recourante a produit une attestation de son employeur du 12 avril 2010, à teneur de laquelle le poids de la résidante concernée par l'événement survenu le 13 janvier 2009 affichait 35.2 kg, ainsi qu'un certificat établi le 20 avril 2010 par M. D._____, physiothérapeute, dont il résulte qu'il est admis, en biomécanique articulaire, que la force musculaire nécessaire pour porter, déplacer ou retenir un poids est de 4 à 10 fois supérieure à ce poids; ce physiothérapeute précisait que la position du corps de la personne qui en retenait une autre allait déterminer l'efficacité de la contraction des muscles sollicités et donc leur capacité à résister à la traction, que la rapidité à laquelle l'incident se déroule était également un facteur à prendre en compte – la lésion étant inévitable lorsque le traumatisme est plus rapide que le temps de réaction musculaire –, et qu'essayer de contenir la chute d'une personne inconsciente, qui ne peut donc pas s'aider et dont le tonus musculaire est faible, peut être à l'origine d'un accident musculo-ligamentaire articulaire.

La caisse intimée s'est déterminée par écriture du 3 mai 2010, relevant que la recourante n'avait pas pu préciser à quel moment elle avait ressenti la douleur, ni donc si la lésion était intervenue au moment de retenir la patiente ou au moment de la porter dans son lit; or, ces deux actions, bien qu'elles se soient déroulées dans un bref laps de temps, étaient néanmoins distinguables, et impliquaient des mouvements du corps différents. Dans le premier cas, le caractère extraordinaire paraissait admissible, au vu de la perte de connaissance inattendue de la résidante; tel n'était toutefois pas le cas en l'occurrence, puisque la recourante offrait déjà un bras de soutien à la patiente – ce qui excluait un mouvement réflexe ou non coordonné. Dans le second cas, il y aurait lieu d'appliquer la jurisprudence en cas de port de charge; or, le poids de la résidante n'était

manifestement pas excessif, en particulier pour une personne formée et habilitée à s'occuper seule de la patiente. Ce port ne sortait donc pas des tâches ordinaires de la recourante, de sorte que le caractère extraordinaire de l'événement en cause faisait défaut. La caisse intimée en a conclu que, étant donné que le moment précis, déterminé, de la survenance de la lésion était inconnu, la recourante n'avait pas rendu vraisemblable la relation de causalité naturelle entre le mouvement de rétention de la patiente et la lésion. Quant à une éventuelle application de l'art. 9 al. 2 OLAA, l'intimée a fait valoir qu'aucune lésion figurant dans la liste exhaustive de cette disposition n'avait été diagnostiquée; il n'était en effet pas possible d'assimiler une tendinite à une lésion figurant dans cette liste, comme retenu par le Dr K. _____, au demeurant sans s'expliquer.

Par écriture du 2 juin 2010, la recourante a en substance soutenu que le mouvement qu'elle avait dû effectuer, dès la survenance de la crise jusqu'au transport de la patiente dans son lit, avait été continu, et s'était déroulé sur un laps de temps très bref, de sorte que cet événement devait être analysé comme un tout; le bien-fondé de la décortication du mouvement retenue par la caisse à l'appui de son argumentation était ainsi formellement contesté. S'agissant en outre du lien de causalité naturelle et adéquate, au degré de vraisemblance prépondérante, la recourante relevait que les Drs F. _____ et K. _____ avaient qualifié de "*post-traumatique*" son atteinte, et que le Dr T. _____, s'il avait indiqué que les bursites sous-acromiales post-traumatiques étaient rares, n'en avait pas pour autant exclu une telle hypothèse.

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 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure

administrative, RSV 173.36]), 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 13 janvier 2009, respectivement l'existence d'un lien de causalité entre l'événement en cause et l'atteinte à l'épaule gauche présentée par la recourante.

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).

Quant au caractère soudain de l'atteinte, celle-ci doit se produire, pour que cette condition soit remplie, pendant un laps de temps relativement court, et pouvoir être rattaché à un événement unique - et non consister en des troubles à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens (TF 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 4.2); la soudaineté doit se rapporter au facteur extérieur qui est à l'origine de l'atteinte (TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009, consid. 6).

b) En l'espèce, s'agissant des circonstances de l'événement en cause, il convient de s'en tenir à la version des faits telle qu'exposée par la recourante à l'occasion de l'audience du 24 mars 2010, dont on relèvera qu'elle n'entre aucunement en contradiction avec ses précédentes déclarations, mais les complètent bien plutôt de manière crédible et au demeurant non contestée par la caisse intimée. Il y a ainsi lieu de retenir que la résidante s'est levée de son lit pour se rendre sur sa chaise, ceci en bénéficiant d'un bras de soutien de la part de la recourante. Une fois debout, la patiente a présenté des signes de perte de connaissance, partant en avant de tout son poids (vers la droite, compte tenu de son hémiplégie), dans un mouvement d'agenouillement. La recourante l'a alors retenue avec le bras gauche pour éviter la chute, et l'a redressée,

dans un même mouvement, pour la remettre sur son lit (la disposition des lieux ne permettant pas de l'accompagner au sol). Enfin, la recourante a ressenti des douleurs "*sur le moment même*" (sans qu'elle puisse apporter plus de précision), mais en particulier après avoir sécurisé la patiente et réalisé ce qui s'était ainsi passé. L'ensemble étant intervenu dans la foulée et sur un laps de temps très court, cet événement doit être considéré comme un tout (retenir et accompagner au lit).

Cela étant, force est de constater que le caractère accidentel de cet événement doit être admis, le facteur extérieur extraordinaire tenant au fait que seule, alors que l'opération s'effectue normalement à deux, la recourante a dû supporter la patiente de manière subite, alors qu'elle chutait de tout son poids et sans devoir en principe s'y attendre compte tenu de la rémission de l'atteinte épileptique. Sauf à laisser tomber la résidante, elle n'avait d'autre choix, pour éviter le pire, que de fournir un mouvement à haute énergie autant qu'improvisé, non programmé et inattendu compte tenu de la perte de connaissance tout aussi inattendue (épilepsie chez une patiente qui n'avait plus connu de crise) et de la nécessité de mettre en sécurité une patiente en urgence médicale (risque de blessure grave). Le mouvement réflexe non coordonné a ainsi consisté en un "faux mouvement", soit à rattraper la résidante, partie vers la droite en raison de son hémiplégie, et retenue par la gauche par l'assurée (droitière) compte tenu de la configuration des lieux. De telles circonstances excèdent à l'évidence le cadre habituel de l'activité de la recourante, étant à nouveau relevé que la prise en charge d'une patiente épileptique s'effectue habituellement à deux - la recourante ayant en l'espèce agi seule, avec l'accord de son employeur, compte tenu de l'apparente rémission de la maladie. Il se justifie dès lors d'admettre la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire et, partant, d'un événement accidentel. A cet égard, les déterminations de la caisse intimée, contenues dans son écriture du 3 mai 2010, ne résistent pas à l'examen: d'une part en effet, il ne se justifie pas, comme déjà relevé, de scinder les mouvements de la recourante en deux actions distinctes (retenir la résidante, puis la porter dans son lit), compte tenu de leur enchaînement continu dans un laps de temps très court; d'autre part, on

ne saurait admettre que le facteur extraordinaire devrait être nié du seul fait que la recourante offrait déjà un bras de soutien à la patiente lors de la crise, compte tenu du caractère subi et inattendu de cette dernière (pour comparaison, cf. TF U 9/04 précité, arrêt dans lequel le Tribunal fédéral a admis un événement accidentel dans le cas d'une aide-soignante qui s'est retrouvée seule, suite à la défection de sa collègue, à devoir supporter une grande partie du poids d'une patiente dans le cadre de son déplacement – et ce indépendamment du fait qu'elle soutenait déjà la patiente, dont elle avait pris le bras, lors de la défection en cause; cf. également RAMA 1994 n° U 185, auquel cet arrêt se réfère).

Il y a dès lors lieu de retenir que l'événement du 13 janvier 2009 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Subsiste dès lors la question de la relation de causalité, au degré de vraisemblance prépondérante, entre cet événement et l'atteinte à l'épaule gauche présentée par la recourante, la question de l'existence dans le cas d'espèce d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA pouvant demeurer indécise.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), si la présente 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177, consid. 3.1 et les références; TF

8C_432/2007 du 28 mars 2008, consid. 3.2.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177, consid. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009, 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 assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*"; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456, consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité, consid. 3.2; TF 8C_710/2008 du 28 avril

2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références).

b) En l'espèce, le Dr F._____, médecin traitant de l'intéressée, a qualifié de "*post-traumatique*" le diagnostic retenu de tendinopathie de la coiffe des rotateurs (rapport du 17 février 2009). Quant au Dr T._____, médecin-conseil de la caisse intimée, il a indiqué dans son avis du 30 octobre 2009 que les bursites sous acromiales post-traumatiques étaient rares, et étaient généralement le résultat d'action vulnérante à relative haute énergie - une telle action vulnérante n'ayant à son sens pas été identifiée lors de l'événement du 13 janvier 2009, de sorte que l'atteinte présentée par la recourante serait bien plutôt le résultat de microtraumatismes répétés. Si, comme indiqué ci-dessus, le fait que les douleurs ne sont apparues qu'à la suite de l'accident du 13 janvier 2009 ne suffit pas en tant que tel à établir une relation de causalité entre cet événement et l'atteinte en cause, il n'en constitue pas moins un indice dans ce sens (cf. TF U 171/05 du 23 mai 2006, consid. 5.2), indice qui est corroboré en l'espèce par le diagnostic posé par le Dr F._____, et par le fait qu'aucune atteinte dégénérative à l'épaule gauche n'a été recensée chez la recourante antérieurement à cet accident. Par ailleurs, il ne résulte pas du dossier que l'intéressée exercerait une activité sportive. On peine ainsi à concevoir que l'atteinte en cause soit exclusivement due à des microtraumatismes répétés, compte tenu par ailleurs du jeune âge de l'intéressée au moment des faits (tout juste 20 ans). Dans ces conditions, il y a lieu de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante, que la tendinite du sus-épineux avec bursite sous-acromiale présentée par la recourante a bel et bien été causée (s'agissant tant de la causalité naturelle que de la causalité adéquate) par l'accident du 13 janvier 2009, soit que ce dernier événement, associé éventuellement à d'autres facteurs, se présente comme la condition *sine qua non* de l'apparition de cette atteinte. Il importe peu, à cet égard, que l'atteinte en cause ne soit - le cas échéant - que partiellement imputable à l'accident, les prestations pour soins, les

remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières n'étant dans tous les cas pas réduits de ce chef (cf. art. 36 al. 1 LAA).

En définitive, il convient de retenir la responsabilité de la caisse intimée pour la prise en charge des suites de l'atteinte subie par la recourante à l'occasion de l'événement accidentel du 13 janvier 2009.

4. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que la caisse intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 13 janvier 2009.

5. La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter les dépens à 2'000 fr. à la charge de la caisse intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD), sans qu'il se justifie de percevoir un émolument judiciaire (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 21 août 2009 par N._____ est réformée en ce sens que celle-ci est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 13 janvier 2009.
- III.** N._____ versera à M._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Catherine Merényi, DAS Protection Juridique SA, à 1000 Lausanne (pour M. _____);
- N. _____, à [...];
- 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).

Le greffier :