

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 septembre 2012

---

Présidence de        Mme    DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffier                :        M. Bohrer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

**L.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 2 LAA ; 9 al. 2 OLAA**

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

**A.** H. \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le 8 avril 1950, travaille comme aide-soignante auprès du service de médecine du Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ à Lausanne. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de L. \_\_\_\_\_ (ci-après : la caisse ou l'intimée).

Par déclaration d'accident-bagatelle du 18 février 2010, l'employeur de l'assurée a annoncé que cette dernière s'était blessée au bas du ventre le 6 février 2010 à 15:00 au Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ en décrivant l'événement comme suit : "En retenant un patient qui allait tomber, elle a eu une douleur dans le ventre".

Dans ses réponses du 1<sup>er</sup> mars 2010 au questionnaire envoyé par la caisse, à la question "Au cours de quelle activité et dans quelles circonstances avez-vous subi une lésion corporelle? **(description détaillée)**", l'assurée a répondu "J'ai retenu un patient qui allait tomber qui allait de son fauteuil à son lit". Elle a en outre indiqué avoir ressenti la douleur tout de suite pendant le mouvement. A la question "S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle?", elle a répondu "tout à fait habituelle". Elle a également indiqué que cette activité s'était déroulée dans des circonstances extérieures normales, sans qu'un événement particulier se soit produit.

Le 9 février 2010, suite à la persistance de ses douleurs, l'assurée a consulté pour la première fois le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique.

Dans un rapport initial LAA non daté, reçu par la caisse le 30 mars 2010, le Dr V. \_\_\_\_\_ a constaté une voussure sur une cicatrice d'hyperrectomie et a diagnostiqué une éventration accidentelle sur la cicatrice et rupture des fixations vésicales (TVT) en lien de causalité avec

l'accident. Une hospitalisation a été organisée pour fermer la hernie et reposer une bandelette sur la vessie.

Le 1<sup>er</sup> avril 2010, un CT de l'abdomen supérieur a été réalisé et a mis en évidence une déhiscence de la ligne blanche sous-ombilicale sans éventration ni de herniation visible.

Le 23 avril 2010, le Dr V. \_\_\_\_\_ lors d'une intervention chirurgicale a procédé à une correction d'éventration sur cicatrice abdominale BURCH pour récurrence d'incontinence urinaire sur arrachement du TVT.

Par décision du 3 mai 2010, la caisse a refusé la prise en charge de l'événement du 6 février 2010, au motif qu'il ne correspondait ni à un accident, ni à une lésion assimilée et a renvoyé l'assurée auprès de sa caisse-maladie.

Par courrier du 4 mai 2010, l'assurée a formé opposition contre ladite décision indiquant notamment ce qui suit :

"Mon travail est formidable pas toujours facile car être en contact avec des gens qui souffrent dans leur corps ou dans leur tête, parfois les deux, peut être éprouvant pour eux et pour nous. Les aider à se déplacer à faire leur toilette et les aider à manger à se mobiliser peut nous amener à des situations lourdes, contraignantes.

Parfois ces personnes sont agressives et nous ramassons des coups, des griffures ou insultes sont les "risques" du métier. Nous pouvons essayer de les éviter, de les minimiser.

Mais lorsqu'une personne fait un mouvement brusque en arrière et tombe et s'accroche à moi et je tente désespérément de la retenir, cette situation n'est pas ordinaire ni régulière. Heureusement, car ces mouvements sont si brusques, inattendus, violents qu'ils vous blessent et vous déchirent.

C'est une situation extraordinaire qui porte atteinte à mon corps puisqu'elle a déchiré un muscle, arraché des attaches d'une ancienne opération et sorti une hernie."

L'assurée a joint à ce courrier une attestation du Dr V. \_\_\_\_\_ du 22 avril 2010, selon laquelle une intervention de correction chirurgicale

après arrachement du TVT pour incontinence urinaire et rupture de la cicatrice basse de Pfanensthiel précédente avait été prévue le 23 avril 2010.

Lors d'un entretien en date du 9 juin 2010 avec un inspecteur de la caisse, l'assurée a notamment déclaré ce qui suit :

"Le samedi 6 février 2010 aux environs de 15h00 alors que je travaillais au Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_, je me trouvais dans la chambre d'un patient avec l'un de mes collègues. Nous nous occupions d'un patient lorsque subitement, le patient voisin s'est levé de son fauteuil et a effectué un mouvement brusque. Celui-ci allait tomber en arrière. Etant la plus proche de cette personne, par réflexe, j'ai tenté de la retenir par les bras et les mains. J'ai pu éviter sa chute, mais j'ai ressenti immédiatement une vive douleur au bas-ventre. Le patient en question était une personne âgée souffrant d'une mobilité réduite pesant un peu plus de 100 kg. D'habitude, le patient se faisait aider pour tout transport par deux employés du Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_. Je n'ai jamais compris pourquoi cette personne a voulu se lever d'elle-même."

Lors de ce même entretien, l'assurée a indiqué que suite à son opération du 23 avril 2010, la durée de son hospitalisation avait été de 5 jours.

Il ressort d'un décompte de prestations établi par la caisse-maladie de l'assurée le 25 juin 2010 que son hospitalisation en clinique du 23 au 28 avril 2010 a coûté au total 12'125 fr. 90, y compris 1'454 fr. de frais de participation à la charge de l'assurée.

Par courrier du 16 août 2010, l'assurée a envoyé à la caisse des factures relatives à son opération pour un montant total de 7'468 fr. 30.

Par courrier du 4 octobre 2010, la caisse a confirmé son refus de prise en charge tout en proposant à l'assurée de régler le litige par une transaction, sa caisse-maladie ayant pris en charge les frais médicaux, ceci dans le sens d'un dédommagement pour la franchise et les participations qu'elle avait dû payer du fait de l'intervention de la caisse-maladie.

Par courrier du 21 juin 2011, la caisse a formulé une proposition de transaction chiffrée au conseil de l'assurée, dans le sens d'un versement de 1'900 fr. à sa cliente, sans reconnaissance d'obligation, à bien plaisir et pour solde de tout compte.

Par courrier du 12 août 2011, cette proposition de transaction a été refusée par l'assurée.

Par décision du 29 septembre 2011, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée. La caisse a retenu en substance que l'effort physique fourni par l'assurée ne pouvait pas être qualifié d'extraordinaire, que par voie de conséquence la condition de cause extérieure extraordinaire n'était pas remplie, raison pour laquelle, il ne s'agissait pas d'un accident au sens juridique du terme et que par ailleurs les lésions subies par l'assurée lors de l'événement du 6 février 2010 ne pouvaient pas être considérées comme des lésions assimilées à un accident.

**B.** Par acte du 10 octobre 2011, H.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a fait recours contre cette décision sur opposition et a conclu principalement à ce qu'elle soit réformée "en ce sens que l'intimée doit prendre en charge toutes les suites LAA de l'accident du 6 février 2010". Elle a sollicité en outre, à titre de mesure d'instruction, une expertise médicale ayant pour objet de déterminer si les lésions subies consécutivement à l'accident du 6 février 2010 étaient assimilables aux atteintes énumérées exhaustivement à l'art. 9 al. 2 OLAA.

A l'appui de ses conclusions, la recourante a relevé pour l'essentiel qu'il apparaissait que si son accident était survenu alors qu'elle exerçait son activité habituelle, ce qui n'était pas contesté, la manœuvre litigieuse s'avérait par contre non seulement inhabituelle, mais également imprévisible. Elle a considéré ainsi que c'était un geste réflexe, ayant demandé un effort violent et improvisé, suite à un comportement imprévisible d'un patient dont elle ne s'occupait pas, qui avait provoqué l'accident litigieux et non une manœuvre habituelle tendant à déplacer un

patient. Pour le surplus, la recourante a estimé que ses blessures suite à cet événement, à savoir une rupture de sa cicatrice basse de Phanensthiel (éventration) ainsi qu'un arrachement des ses fixations vésicales (TVT) correspondaient à une déchirure musculaire devant être considérée comme une lésion assimilée à un accident.

Par mémoire de réponse du 1<sup>er</sup> décembre 2011, la caisse a considéré notamment ce qui suit :

"Signalons tout d'abord que la version des faits donnée par l'assurée dans son opposition (...) et lors de l'entretien avec [notre] inspecteur ne correspondent pas à celle donnée dans ses réponses au questionnaire de l'assurance (...). Dans cette dernière, [la recourante] décrit une douleur survenue lors d'une activité habituelle, à savoir en retenant un patient qui allait tomber en allant de son fauteuil à son lit. Elle ne fait nulle mention du fait qu'elle se serait à ce moment occupée d'un autre patient, et qu'elle aurait dû faire un mouvement de rotation.

Or, concernant l'établissement des faits, le Tribunal fédéral considère qu'il faut retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (arrêt U 67/04, ATF 121 V 47 consid. 2a et les références). Ainsi donc, la version à retenir en l'espèce est celle figurant dans le questionnaire (...), donc le simple fait d'avoir retenu un patient en déplacement qui allait tomber.

(...) un tel effort entre parfaitement dans le cadre des sollicitations courantes, inhérentes au métier d'aide-soignante, et ne saurait être considéré comme extraordinaire."

Pour le surplus, la caisse a notamment produit un rapport médical du 20 novembre 2010 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil, selon lequel les lésions constatées par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans les suites de l'événement du 6 février 2010 n'étaient pas des lésions musculaires, raison pour laquelle la notion de lésion assimilée à un accident ne pouvait être retenue dans le cas présent.

Par réplique du 9 janvier 2012, et duplique du 27 janvier 2012, les parties ont maintenu leurs conclusions respectives.

## **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 (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 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, auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les exigences de forme prévues par le droit fédéral (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 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). A teneur des factures de soins figurant au dossier, la valeur litigieuse est en l'occurrence inférieure à 30'000 fr. Partant, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.**           En l'occurrence est litigieuse la question de savoir si l'événement survenu le 6 février 2010 correspond à un accident ou si les lésions corporelles subies par la recourante peuvent être considérées comme une lésion corporelle assimilée à un accident et relève ainsi de l'assurance-accidents.

**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 citées ; 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 citées). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis notamment 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 citées ; 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)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, 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 citées ; 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 citées ;

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 citées). 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 citées); 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 1<sup>er</sup> 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 citées; 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 (TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 *in fine* et les références citées).

**4.** L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas

causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. les fractures ;
- b. les déboîtements d'articulations ;
- c. les déchirures du ménisque ;
- d. les déchirures de muscles ;
- e. les élongations de muscles ;
- f. les déchirures de tendons ;
- g. les lésions de ligaments ; et
- h. les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 c. 4a ; ATF 116 V 145 c. 2b). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 4.2, et les références citées).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 130 III 321, consid. 5b, 125 V 193,

consid. 2 et les références citées ; cf. ATF 126 V 353, consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il 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 (ATF 126 V 319, consid. 5a p. 322).

**b)** Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45, consid. 2a et les références citées, RAMA 2004 n° U 515 p. 420, consid. 1.2, TFA U 64/02 ; VSI 2000 p. 201, consid. 2d).

**6. a)** En l'espèce, la déclaration d'accident de l'employeur du 18 février 2010 décrit l'événement du 6 février 2010 de la façon suivante : "En retenant un patient qui allait tomber, elle a eu une douleur dans le ventre". Dans le questionnaire LAA rédigé à l'attention de l'intimée en date du 1<sup>er</sup> mars 2010, la recourante a relaté l'événement comme suit : "J'ai retenu un patient qui allait tomber et qui allait de son fauteuil à son lit". Dans son opposition du 4 mai 2010, la recourante a indiqué que le patient considéré avait fait un mouvement brusque en arrière et s'était accroché à elle alors qu'il était sur le point de tomber. C'est dans ces circonstances qu'elle avait désespérément tenté de le retenir. Cette dernière ajoutait que cette situation n'était ni ordinaire, ni régulière.

Lors de l'entretien du 9 juin 2010 avec l'inspecteur de l'intimée, la recourante a encore rappelé que l'accident était survenu alors qu'elle se trouvait dans la chambre d'un patient avec l'un de ses collègues lorsqu'un patient voisin s'était levé de son fauteuil puis avait menacé de tomber en arrière après avoir effectué un mouvement brusque. La

recourante a aussi précisé lors de cet entretien qu'elle était intervenue par réflexe, étant la plus proche de ce patient. S'agissant des caractéristiques du patient en question, la recourante a indiqué qu'il s'agissait d'une personne âgée souffrant d'une mobilité réduite pesant un peu plus de 100 kg. La recourante a enfin observé que, d'habitude, ce patient se faisait aider pour tout transport par deux employés du Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_, raison pour laquelle elle ne comprenait pas pourquoi cette personne avait voulu se lever d'elle-même.

Les diverses déclarations émises par la recourante sont cohérentes et crédibles. Il y a lieu ainsi de tenir pour établi le déroulement des faits tels que présentés par la recourante. Le fait que dans le questionnaire de l'intimée, la recourante décrit une douleur survenue lors d'une activité habituelle, à savoir en retenant un patient qui allait tomber en allant de son fauteuil à son lit ne signifie pas que l'événement litigieux s'est produit lors d'une manoeuvre habituelle. La recourante ne se contredit pas. Elle a seulement indiqué que l'accident était survenu lors de son activité habituelle d'aide-soignante, ce qui n'est pas contesté. Elle a toujours affirmé avoir dû agir par réflexe pour empêcher un patient dont elle ne s'occupait pas de tomber. C'est cette manoeuvre bien particulière qui s'est avérée inhabituelle, à plus forte raison si l'on sait que le patient en question ne se levait jamais de son fauteuil sans aide extérieure et que, par voie de conséquence, son geste était totalement imprévisible. Il n'est pas contesté en soi que le transport de patient soit une activité habituelle pour une infirmière ou une aide-soignante. C'est néanmoins au regard de l'ensemble des circonstances qu'il y a lieu d'examiner si on est en présence d'un facteur extérieur extraordinaire, soit un élément qui excède le cadre habituel de l'activité de l'assurée.

Il apparaît que si l'accident de la recourante est survenu alors qu'elle exerçait son activité d'aide-soignante, la manoeuvre litigieuse s'avère par contre non seulement inhabituelle, mais également imprévisible. La recourante ne pouvait en effet pas prévoir, alors qu'elle s'occupait d'un patient avec l'un de ses collègues, qu'un autre patient allait subitement se lever de son fauteuil et menacer de chuter, ce à plus

forte raison si l'on sait que, comme elle l'a relevé dans son entretien LAA du 9 juin 2010, ce patient n'est pas autonome et se faisait d'habitude aider pour tout transport par deux employés de l'hôpital. Sauf à laisser tomber ce patient, elle n'a ainsi eu d'autre choix que de fournir un effort violent et improvisé pour éviter le pire afin de retenir un patient âgée souffrant d'une mobilité réduite et pesant plus de 100 kg (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). C'est donc bien le geste réflexe de la recourante suite au comportement imprévisible d'un patient dont elle ne s'occupait pas qui a provoqué l'accident litigieux et non pas une manoeuvre habituelle tendant à déplacer un patient. De telles circonstances excèdent manifestement le cadre habituel de l'activité de la recourante et justifient ainsi d'admettre la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire et, partant, d'un événement accidentel ayant un lien de causalité naturelle et adéquate avec les atteintes à la santé de la recourante, causalité que relève le Dr V. \_\_\_\_\_ à juste titre dans son rapport médical initial reçu par la caisse le 30 mars 2010.

**b)** En définitive, au regard de ce qui précède, 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 6 février 2010. Il apparaît dès lors superflu d'ordonner une expertise médicale tendant à déterminer si les lésions subies par la recourante peuvent être considérées comme des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, ce d'autant plus que de l'avis de la Cour de céans, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que ces lésions n'entraient pas dans ce cadre en l'espèce.

**7. a)** Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement du 6 février 2010.

**b)** La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

- I.** Le recours est admis en ce sens que le caractère accidentel de l'événement du 6 février 2010 est reconnu.
- II.** La décision sur opposition rendue le 29 septembre 2011 par L.\_\_\_\_\_ est réformée en ce sens que celle-ci doit prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 6 février 2010.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaire.
- IV.** Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à verser à H.\_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de L.\_\_\_\_\_.

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour H.\_\_\_\_\_).
- L.\_\_\_\_\_,
- 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 :