

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mars 2026

Composition : M. WIEDLER, président
MM. Piguet et Tinguely, juges
Greffière : Mme Lopez

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourante, représentée par le Syndicat Unia Région Vaud, à Lausanne,

et

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6 LAA

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, était employée en tant que veilleuse de nuit à 80 % auprès de l'U._____, institution spécialisée pour personnes handicapées, depuis le 1^{er} avril 2022. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 17 mars 2025, l'employeur a informé la Vaudoise que l'assurée s'était blessée le 9 mars 2025 dans les circonstances suivantes : « Madame A._____ se trouvait au travail, plus précisément au bâtiment [...]. Elle était en train d'aider le bénéficiaire [...] à se rendre aux toilettes. Ce dernier marchait sur la pointe des pieds et manquait d'équilibre. En perdant son appui, il a basculé en avant, et tout son poids a reposé sur la chaise. Madame A._____ a alors été submergée par le poids du bénéficiaire. Elle a immédiatement ressenti des douleurs au niveau du dos ainsi qu'à la jambe gauche. ». Il était en outre précisé que les premiers soins avaient été prodigués par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée.

Interpellé par la Vaudoise, le Dr F._____ a mentionné avoir été consulté par l'assurée qui lui avait indiqué avoir fait un faux mouvement le 9 mars 2025 en tentant de rattraper un résident de 120 kg de l'institution dans laquelle elle travaillait. Elle présentait des lombosciatalgies gauches avec une boiterie à gauche et l'examen neurologique évoquait une atteinte sciatique gauche (cf. rapport médical initial du 14 avril 2025).

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire a été réalisée le 13 mars 2025. Dans le rapport relatif à cet examen, la Dre G._____, spécialiste en radiologie, a mentionné sous la rubrique « indication » que l'assurée présentait des lombalgies aiguës avec irradiation à gauche et qu'elle avait « rattrapé un patient en train de tomber ». La G._____ a fait les observations suivantes :

- « - Une discopathie protrusive L3-L4 postérolatérale gauche, conflit avec la racine L4 gauche dans le récessus.
- Une discarthrose légèrement œdémateuse en L3-L4 latéralisé à gauche, pouvant également empiéter sur la racine L3 gauche par continuité.
- Zygarthrose modérée avec discret signe inflammatoire en L5-S1 gauche. ».

Répondant le 3 avril 2025 à un questionnaire qui lui a été adressé par la Vaudoise, l'assurée a apporté les précisions suivantes concernant le déroulement de l'événement du 9 mars 2025 :

- « 1. A quelles activités ou circonstances attribuez-vous les douleurs ? (Description détaillée de l'événement, lieu et date)
« 9 mars 2025 ; à 5h du matin, en mobilisant un résident, dans le transfert de lit à ch[aise] percée, M. a failli tomber (perte d'équilibre), en voulant le retenir, je me suis faite mal au dos. ».
[...]
- 3. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ?
« Oui, selon mon planning de travail ».
S'est-elle déroulée dans des conditions normales ? Si non, veuillez en expliquer les raisons :
« Oui, sauf que le résident a perdu l'équilibre ».
- 4. S'est-il produit quelque chose de particulier ? (coup, chute, glissade, etc.) ?
« Non, car je l'ai retenu et installé sur la ch[aise] percée ».
Si oui, faites-en une description la plus exacte possible.
« - ».
- 5. Quand avez-vous ressenti pour la première fois les douleurs ?
« Dès que Monsieur [...] a perdu l'équilibre (comme un craquement). »
[...] »

Dans un rapport du 9 avril 2025, le Dr K. _____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué avoir été consulté le 4 avril 2025 par l'assurée en raison de douleurs lombosciatiques gauches dans un territoire L5-S1. Sous la rubrique « anamnèse », il a précisé que l'assurée avait des douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche « suite à un faux mouvement et un accident de travail le 9 mars 2025 quand elle a essayé de rattraper un résident de 120 kg environ selon ses dires qui était en train de tomber par terre ». Cela avait déclenché des douleurs lombaires intenses irradiant dans le membre inférieur gauche dans un territoire sciatique allant derrière la cuisse gauche et derrière le mollet principalement. Malgré une

infiltration épidurale L4-L5 effectuée le 12 mars 2025, l'assurée restait gênée par ces symptômes.

Par décision du 24 avril 2025, la Vaudoise a refusé d'octroyer des prestations à l'assurée, estimant que le cas relevait de la compétence de son assureur-maladie, vu l'absence d'une cause extérieure extraordinaire permettant de retenir l'existence d'un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) et de lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

Par courrier du 29 avril 2025, l'assurée, représentée par le Syndicat Unia Région Vaud, s'est opposée à cette décision.

Dans un courriel du 14 mai 2025, l'assurée personnellement a écrit à la Vaudoise pour s'opposer à la décision en exposant notamment que le français n'était pas sa langue maternelle et qu'avec le mot « faut mouvement » elle avait voulu décrire et faire entendre qu'elle était tombée par terre entre le lit et la chaise percée.

Le 22 mai 2025, le représentant de l'assurée a complété l'opposition, en contestant l'absence d'accident. Concernant le déroulement de l'événement en question, il a apporté les précisions suivantes :

« En réalité, lorsque Mme A. _____ a levé du lit le patient atteint de trisomie pour le mettre sur la chaise percée. Elle a tout de suite remarqué que sa protection de nuit était déchirée. Lorsqu'elle l'a déplacé du lit à la chaise percée de l'urine avait coulé par terre. Lors de ce déplacement, le résident a eu une perte d'équilibre. Notre membre a tenté de le mobiliser et elle l'a repoussé sur le lit pour éviter qu'il chute. Dans la foulée, c'est notre membre qui est tombée par terre en glissant probablement sur l'urine. Sa jambe gauche s'est coincée entre le lit et la chaise percée pendant plusieurs minutes. Elle a finalement réussi à se relever seule en décoincant sa jambe. Elle a eu des hématomes suite à sa chute et surtout un mal de dos qui n'a pas disparu depuis. Son médecin de famille le Dr F. _____ atteste sa chute avec réception sur le dos et la fesse gauche (cf. annexe).
[...]

A noter que par email du 15 mai 2025, la Vaudoise a demandé directement à notre membre quel était son poids. Etant donné que nous sommes son représentant légal, nous vous prions de bien vouloir nous solliciter en premier lieu pour obtenir toute information concernant son dossier. Nous pouvons néanmoins vous informer que notre membre pèse 90 kg.

[...] ».

En annexe à ce courrier, était joint un certificat médical du 21 mai 2025 du Dr F. _____ dont le contenu était le suivant :

« Je, soussigné, certifie que Madame A. _____, née le ***, a fait une chute le 9 mars 2025, avec réception sur le dos et la fesse gauche, dans son élan de secourir un résident de l'institution où elle travaille. A noter qu'il s'agit d'un résident atteint de pathologies complexes. Le présent certificat est rédigé en vue de préciser le déroulement de l'évènement du 9 mars 2025 ; ce pour apporter un éclairage quant à l'appréciation de cet événement qui constitue bien un accident.
[...] ».

Par courriel du 10 juin 2025, l'employeur a informé la Vaudoise que le résident dont s'occupait l'assurée lors de l'évènement du 9 mars 2025 pesait environ 90 kg.

Par décision sur opposition du 10 juin 2025, la Vaudoise a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 24 avril 2025.

B. Par acte de son conseil du 14 juillet 2025, A. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée est tenue de lui verser des indemnités journalières dès le 9 mars 2025 et de prendre en charge tous les frais médicaux en lien avec l'évènement du 9 mars 2025, et subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction, telle la mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle a tout d'abord reproché à l'intimée de ne pas avoir établi l'ensemble des faits déterminants et de ne pas avoir instruit suffisamment le dossier, en renonçant à lui demander des renseignements complémentaires ainsi qu'aux médecins traitants, en ne sollicitant pas l'avis du médecin-conseil de l'assureur ou encore en ne mettant pas en œuvre une expertise médicale. Concernant le questionnaire sur les circonstances de l'évènement, elle a expliqué avoir répondu par la négative à la question de savoir s'il y avait eu une glissade ou une chute car elle s'était mise à la place du patient pour répondre et qu'elle n'avait ainsi pas expliqué que quelque chose de particulier s'était bien produit de son côté. Si l'intimée avait instruit suffisamment le dossier, elle aurait appris

que la recourante avait chuté et s'était fait mal non seulement au dos, mais aussi à la jambe gauche et à la clavicule droite. Il était par ailleurs peu probable qu'un simple faux mouvement ait pu occasionner des douleurs au niveau de ces trois parties du corps. Elle a ajouté que ses déclarations avaient été cohérentes, n'avaient été que précisées et complétées en cours de procédure, et n'étaient pas contradictoires. Par ailleurs, la règle selon laquelle la première version des faits est plus fiable que la seconde ne pouvait pas s'appliquer en l'espèce étant donné que les faits n'avaient pas été établis correctement par l'intimée, qui s'était contentée de réponses incomplètes. Enfin, l'intimée aurait dû reconnaître que le facteur extraordinaire était réalisé en l'espèce, la recourante précisant à cet égard que l'on était en présence d'un mouvement non maîtrisable d'un point de vue physiologique, soit un empêchement non programmé lié à l'environnement extérieur (l'effet de résistance) entravant le déroulement naturel du mouvement corporel. A l'appui de son recours, elle a produit notamment un rapport de radiographie du thorax réalisée le 11 juin 2025 en raison d'une « douleur persistante en regard de l'articulation sternoclaviculaire droite depuis un accident le 09/03/2025 » et dans lequel le Dr M._____, radiologue, a conclu à une image thoracique dans les limites de la norme. La recourante a également produit un rapport du 3 juillet 2025 du Dr F._____ confirmant que la prénommée avait fait une chute le 9 mars 2025 avec réception sur le dos et la fesse gauche, en précisant que cette affirmation se basait sur les informations récoltées au cours de l'anamnèse faite auprès de la recourante, dès la première visite médicale consacrée à ce cas, ainsi qu'au cours de l'anamnèse de clarification faite par la suite, qui avait permis de préciser le déroulement exact de l'accident. En clair, la notion de chute avait été précisée dans un second temps par la patiente. Pour le Dr F._____, il existait une corrélation entre l'accident rapporté par la patiente et les lésions observées à la suite de cet événement, soit une décompensation des lésions vertébrales et une lésion de l'articulation sternoclaviculaire droite. Concernant cette articulation, la symptomatologie s'était manifestée sous forme de douleur persistante en regard de l'articulation depuis l'accident, avec déformation perceptible secondairement et exacerbation progressive de la douleur. En l'absence de lésion osseuse objectivée à la radiographie du 11 juin 2025, il

s'agissait probablement d'une lésion ligamentaire, notamment du ligament antérieur stabilisateur de cette articulation. Le Dr F. _____ a ajouté qu'en l'absence d'aggravation de la symptomatologie et des signes à ce niveau, des examens plus approfondis n'avaient pas été réalisés.

Dans sa réponse du 5 août 2025, la Vaudoise a conclu au rejet du recours.

La recourante n'a pas déposé de réplique.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la prise en charge de l'événement du 9 mars 2025 par l'intimée, plus particulièrement sur le point de savoir si les atteintes à la santé présentées par la recourante sont d'origine accidentelle ou sont assimilables à un accident.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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 repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

c) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, par exemple), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, par exemple), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, par exemple ; ATF 150 V 229 consid. 4.4.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

Par ailleurs, 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 des conséquences graves ou inattendues. Il 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, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 150 V 229 consid. 4.1.1 ; 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; Stéphanie Perrenoud, in : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2^{ème} éd., Bâle 2025, n° 25 ad art. 4 LPGA). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé

(Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'une personne assurée sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption d'exactitude (TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4 et les références).

d) Dans l'hypothèse d'une lésion consécutive à un effort (déplacement ou soulèvement de charges lourdes, par exemple), le caractère extraordinaire de l'effort doit être apprécié au cas par cas, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de la personne concernée (TF 8C_605/2020 du 8 juin 2021 consid. 3.1). L'effort est extraordinaire lorsqu'il est manifestement excessif. Tel est le cas, par exemple, si une infirmière se blesse alors qu'elle tente d'empêcher un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant (TFA U 67/93 du 27 septembre 1993) ou lorsqu'une personne en position penchée et pressée par le temps se blesse en déplaçant une charge exceptionnelle (TFA U 109/92 du 10 août 1993). En revanche, le simple transfert d'un patient d'une table d'opération à un lit par un aide-infirmier ne représente pas un effort excessif et ne constitue donc pas un facteur extérieur extraordinaire (ATF 116 V 136), de même que la rotation effectuée dans la précipitation pour retenir un patient sur le point de choir n'est pas inhabituelle pour un infirmier (TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 5 ; pour une casuistique : Perrenoud, op. cit., n° 29 ad art. 4 LPGA ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 98 p. 924).

e) En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une

chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.3.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 LPGA ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97 p. 923s.).

Les habitudes professionnelles sont avant tout prises en compte dans le cadre des lésions dues à des efforts (soulèvements et déplacements de charge notamment) pour examiner si l'effort doit être considéré comme extraordinaire. En revanche, s'agissant des mouvements non coordonnés du corps, un facteur extérieur extraordinaire doit être admis lorsque ledit mouvement est entraîné par un phénomène extérieur qui modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 4.2).

4. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

5. 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

En particulier, celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit 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. S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2 ; TF 8C_784/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2 ; TFA U 259/04 du 23 novembre 2006 consid. 3.2).

En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1).

6. Il convient tout d'abord de déterminer si l'événement du 9 mars 2025 est constitutif d'un accident, comme le soutient la recourante.

a) En l'espèce, les descriptions de l'évènement litigieux faites par l'intéressée ont varié. Selon les premières déclarations faites à son employeur et aux médecins qu'elle a consultés, elle a ressenti des douleurs au dos et à la jambe gauche en retenant un résidant qu'elle accompagnait vers une chaise percée lorsque ce dernier a perdu l'équilibre. Ces déclarations concordent avec les explications qu'elle a fournies le 3 avril 2025 à l'intimée. Ce n'est que dans un deuxième temps, après avoir été informée de la décision de refus d'octroi de prestations du 24 avril 2025, qu'elle a évoqué la notion d'une chute. Au vu de la jurisprudence relative aux premières déclarations, la description initiale de l'évènement doit être privilégiée, étant précisé que les arguments de la recourante pour invoquer l'inapplicabilité de cette jurisprudence au cas d'espèce doivent être écartés. En particulier, le moyen tiré d'une instruction lacunaire est infondé. L'intimée a instruit les circonstances de l'évènement en adressant un questionnaire à la recourante, dans lequel cette dernière a été interrogée spécifiquement sur la question de savoir s'il y avait eu un coup, une chute ou une glissade. La recourante a répondu par la négative à cette question en fournissant une description claire de l'évènement similaire à celle ressortant de la déclaration d'accident complétée par l'employeur et à celle du rapport initial du médecin traitant. Dans ces circonstances, on ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas avoir requis des explications complémentaires de la part de la recourante. Ensuite, contrairement à ce qu'elle soutient, ses premières déclarations selon lesquelles elle s'est blessée en retenant un résident ayant perdu l'équilibre qu'elle a installé sur la chaise percée (cf. question 4 du questionnaire daté du 3 avril 2025) sont en contradiction avec sa version subséquente selon laquelle lorsque le résident a perdu l'équilibre, elle l'a poussé sur le lit pour éviter qu'il ne chute, en tombant elle-même par terre dans la foulée (cf. son courrier d'opposition du 22 mai 2025). Par ailleurs, les justifications fournies pour expliquer son changement de version des faits, notamment une mauvaise maîtrise du français, ne convainquent pas. Enfin, les rapports du Dr F. _____ qui retiennent une chute ne sont pas probants. Ils sont fondés exclusivement sur les dires de la recourante, qui plus est recueillis dans un second temps, étant rappelé que le rapport initial du médecin traitant, établi sur la base des premières déclarations de la prénommée et des premières

constatations médicales, fait état d'un faux mouvement sans notion de chute ni de constatations cliniques évoquant une chute. Relevons à cet égard que le Dr F._____, qui a vu la recourante le lendemain de l'événement du 9 mars 2025 selon les dires de la prénommée, n'a notamment pas constaté les hématomes au dos signalés par la recourante au stade de l'opposition.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir la description initiale de l'événement par la recourante, à savoir qu'elle a dû aider un résident qui était debout à s'asseoir sur une chaise percée alors qu'il perdait l'équilibre.

b) Dans ce contexte, il y a tout d'abord lieu de préciser qu'aucun mouvement non programmé ne peut être retenu sur la base des premières déclarations de la recourante, c'est dès lors uniquement sous l'angle des lésions consécutives à l'effort que la présente affaire doit être appréhendée.

A ce propos, le seul fait de chercher à retenir un patient pour lui éviter une chute ne revêt pas, selon la jurisprudence, un caractère extraordinaire justifiant d'admettre la survenance d'un accident (dans ce sens TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 5 ; voir également TFA U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 4). En outre, la recourante a admis que le déplacement d'un patient d'un lit à une chaise faisait partie de ses activités habituelles. Hormis la perte d'équilibre du patient, l'intéressée n'a pas allégué que l'intervention auprès de ce dernier se serait déroulée dans des circonstances exceptionnelles ou, à tout le moins, sortant de l'ordinaire. Il convient de considérer que la perte d'équilibre qui a contraint la recourante à aider son patient à s'asseoir n'était pas imprévisible dans le contexte des activités habituelles de la recourante. La prénommée pouvait ainsi raisonnablement s'attendre à ce que son patient soit instable et qu'il faudrait éventuellement intervenir pour l'accompagner dans le mouvement qui consistait à s'asseoir. A cela s'ajoute que la recourante n'a pas décrit, dans ses premières déclarations - seules probantes -, un effort de rattrapage du patient tombant mais uniquement un effort visant plutôt à le retenir alors qu'il devait s'asseoir, celui-ci étant tombé de tout son poids sur la chaise

percée, ce qui n'implique pas les mêmes forces. En ce sens, l'effort fourni pour le retenir n'apparaît pas manifestement excessif compte tenu du fait que la recourante et le patient pesaient le même poids.

L'événement du 9 mars 2025 ne relève pas d'un accident au sens juridique du terme, de sorte que la recourante ne peut pas se fonder sur l'art. 6 al. 1 LAA pour obtenir des prestations de l'assurance-accidents.

7. Précisons encore que la recourante ne peut pas non plus se prévaloir de l'art. 6 al. 2 LAA. En effet, aucun rapport médical ne fait état de l'existence d'atteintes énumérées dans cette disposition légale et le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 13 mars 2025 exclut la présence d'une telle atteinte au niveau lombaire. Le rapport du 3 juillet 2025 du Dr F._____, qui émet l'hypothèse d'une lésion ligamentaire au niveau de la clavicule au vu des douleurs signalées par la recourante dans un deuxième temps, est insuffisant pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. D'ailleurs, l'intéressée ne prétend pas qu'elle présente une telle atteinte.

8. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 10 juin 2025 par Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Syndicat Unia Région Vaud (pour la recourante),
- Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances 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).

La greffière :