

VD_GERICHTE ZA25.009378 vom 19. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA25.009378

FR: VD_GERICHTE ZA25.009378 du 19 mars 2026

IT: VD_GERICHTE ZA25.009378 del 19 marzo 2026

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL ZA25.*** 77 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES

Arrêt du 19 mars 2026

Composition : Mme Brélaz Braillard, présidente Mmes Pasche et Di Ferro Demierre, juges

Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : B._____, à Q***, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et C._____ SA, à Martigny (VS), intimée. _____ Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et al. 2 LAA 10J010

- 2 - En fait : A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, travaillait depuis le 1er juin 2017 comme auxiliaire de santé auprès de l'établissement médico-social (EMS) D._____, au S***. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de C._____ SA (ci-après : C._____ SA ou l'intimée). Dans un rapport du 16 février 2023, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne, consulté le même jour par l'assurée au Centre d'urgences de V*** a diagnostiqué une lombosciatalgie gauche aiguë non traumatique et non déficitaire en L5-S1, les douleurs lombaires étaient consécutives à un faux mouvement effectué au travail le 12 février 2023 et irradiaient dans le membre inférieur gauche au niveau de la face postérieure de la cuisse. Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite réalisée le 22 janvier 2024, le Dr F._____, spécialiste en radiologie, a constaté une rupture partielle transfixiante sur environ un centimètre en antéro-postérieur du supra-épineux, une tendinopathie du long chef du biceps au niveau de la poulie humérale et des stigmates de lésion du versant postérieur du corps de l'infra-épineux avec aspect d'atrophie et d'involution graisseuse partielle d'une portion du muscle. Par déclaration d'accident du 3 mai 2024, l'employeur a annoncé à C._____ SA que le 12 février 2023, l'assurée s'était blessée (élongation du dos). Les circonstances de cet événement étaient décrites de la manière suivante : « Lors d'un soin à une résidente a essayé de la rattraper et s'est blessée au dos ». Le 8 mai 2024, l'assurée a répondu à un questionnaire de C._____ SA. S'agissant des circonstances de l'événement du 12 février 2023, elle en a fait la description suivante (sic) : "La toilette du matin, j'ai fais une toilette complète au lit à madame G._____ et après je l'ai installé sur le bord du lit pour l'accompagner 10J010

- 3 - à l'installer sur sa chaise roulante, une fois debout, je la tenais, ses pieds ont lâché, et elle allait tombé et j'ai été la récupérer pour l'empêcher de tomber puis j'ai subi une lésion au dos." L'assurée a précisé qu'il s'agissait d'une activité habituelle pour elle. Également interrogée sur sa taille et son poids, elle a déclaré qu'elle mesurait 1,70 mètre pour un poids de 97 kilos. Elle a ajouté qu'une collègue l'avait aidée à réinstaller la résidente sur sa chaise roulante mais qu'elle n'avait pas assisté à l'« accident ». Par rapport initial du 20 mai 2024, le Dr E._____, médecin traitant, a indiqué que la première consultation de l'assurée remontait au 6 mars 2023 en raison d'omalgies persistantes à la suite d'un « accident » du mois de février 2023. Un bilan radiologique avait été demandé. Ce médecin avait

diagnostiqué une omalgie droite avec mobilisation douloureuse. Le traitement conservateur alliait la prise d'anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie. Était joint au rapport du Dr E._____, celui du Centre des urgences de la Source du 16 février 2023 d'une consultation de l'assurée le même jour (déjà détaillé ci-avant) et un rapport d'IRM lombaire réalisée le 10 octobre 2023. Dans ce dernier rapport le Dr H._____, spécialiste en radiologie, mettait en évidence chez l'assurée une discopathie L5-S1 avec un bombement discal, sans caractère inflammatoire et sans signe de conflit radiculaire. Dans un rapport du 24 mai 2024, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic principal de lésion transfixiante de la coiffe antérosupérieure de l'épaule droite avec tendinopathie du biceps, ainsi que les diagnostics de lombalgies, d'hypertension artérielle et de chirurgie pour glaucome. Dans l'anamnèse, le Dr J._____ précisait que le médecin traitant lui avait adressé l'assurée pour des douleurs de l'épaule droite apparues sans traumatisme franc et présentes depuis un an. Diverses options thérapeutiques conservatrices et chirurgicales avaient été discutées et l'assurée souhaitait débiter par une infiltration sous-acromiale pratiquée le jour même. Une consultation était prévue d'ici six semaines afin d'évaluer 10J010

- 4 - les résultats de l'infiltration et de discuter d'une éventuelle reprise chirurgicale. Le Dr J._____ a confirmé ses diagnostics précédents dans un rapport du 6 août 2024, noté qu'une infiltration sous-acromiale avait été réalisée le 10 juin 2024 avec une évolution favorable durant une dizaine de jours, avant un retour progressif de la symptomatologie. L'assurée se plaignait également de lombalgies. Concernant l'épaule droite, ce médecin suggérait de réaliser une arthroscopie avec réparation du tendon ainsi qu'un « geste » sur le long chef du biceps, impliquant une réhabilitation prolongée et sans garantie pour la reprise de l'activité usuelle de soignante qui semblait compromise en raison des problèmes de dos. L'assurée souhaitait discuter de cette option thérapeutique avec son médecin traitant, avant de reprendre contact avec le Dr J._____. Sollicité pour avis par C._____ SA, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil, a rédigé un rapport le 17 août 2024. Il a retenu que la notion d'accident faisait défaut en l'espèce et que le cas devait s'examiner sous l'angle des lésions corporelles assimilées à un accident. Or, selon le médecin-conseil de C._____ SA, une lombosciatalgie n'était pas une lésion assimilée. Il en allait de même d'une contracture de la musculature lombaire et de la notion de lombalgies, voire de rachialgies. Par décision du 20 août 2024, C._____ SA a refusé la prise en charge de l'événement du 12 février 2023, aux motifs que la description faite par l'assurée n'était ni constitutive d'un accident, ni ne relevait de la notion de lésion assimilée à un accident. L'intéressée était invitée à s'adresser, cas échéant, à son assurance-maladie, qui s'était vu communiquer une copie de la décision. Le 5 septembre 2024, l'assurance-maladie de l'assurée (CSS Assurance-maladie SA) s'est opposée à la décision précitée, soutenant que selon les réponses données le 8 mai 2024, l'assurée avait dû fournir un effort soudain et important lors du transfert d'une patiente afin d'éviter sa 10J010

- 5 - chute, excédant le cadre habituel de l'activité professionnelle et justifiant de retenir l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire. Ce faisant, l'assurance-maladie se référait à deux arrêts du Tribunal fédéral. Le 17 septembre 2024, désormais conseillée par Me Jean-Michel Duc, l'assurée a formé opposition à la décision du 20 août 2024 de C._____ SA, faisant à son tour valoir, en référence à la jurisprudence fédérale, que l'événement du 12 février 2023 correspondait à un accident. Elle reprochait en outre à C._____ SA une

instruction insuffisante s'agissant des circonstances de l'« accident », en particulier sur la différence de poids entre elle-même et la résidente de l'EMS. Elle demandait l'annulation de la décision litigieuse et, subsidiairement, la mise en œuvre d'un complément d'instruction par l'assureur-accidents. Par décision sur opposition du 30 janvier 2025, C. _____ SA a maintenu son refus de servir des prestations conformément à la décision du 20 août 2024. Dans sa motivation, elle a retenu que les arrêts du Tribunal fédéral cités par l'assurée n'étaient pas transposables au cas particulier, dans la mesure où l'intéressée maintenait la résidente tout au long de la manœuvre de sorte que l'effort fourni pour la récupérer et l'empêcher de tomber ne pouvait être qualifié de facteur extérieur extraordinaire. S'agissant du poids et de la taille de la résidente, l'assurée avait indiqué ne pas s'en souvenir dès lors qu'un an s'était écoulé depuis l'accident. Enfin, l'assureur-accidents a estimé qu'en l'absence de contestation du droit à des prestations sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) au stade de l'opposition, elle n'avait pas à traiter ce point dans la présente. B. Par acte du 28 février 2025, B. _____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée et conclu à sa réforme en ce sens que C. _____ SA devait prendre en charge les suites de l'« accident » du 12 février 2023 et lui octroyer toutes les prestations d'assurance en découlant. Elle alléguait que lorsque les pieds de la résidente s'étaient dérobés inopinément, elle s'était retrouvée seule à 10J010

- 6 - devoir supporter ex abrupto l'intégralité de son poids. Selon la recourante, ces circonstances excédaient le cadre habituel de son activité professionnelle, si bien que l'événement dont elle avait été victime le 12 février 2023 revêtait un caractère accidentel. Enfin, elle soutenait que dans l'hypothèse où l'existence d'un accident ne serait pas reconnue, C. _____ SA devait prester sur la base des dispositions en lien avec la lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Par décision du 27 mars 2025, B. _____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 février 2025. Dans sa réponse du 10 juillet 2025, C. _____ SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. Selon elle, la chute de la résidente ne pouvait pas constituer un facteur extérieur extraordinaire dès lors qu'il s'agissait d'un risque courant dans la pratique de l'activité d'auxiliaire de santé exercée par la recourante depuis l'été 2017. S'agissant de la lésion assimilée à un accident, C. _____ SA maintenait qu'au vu de l'absence de contestation au stade de l'opposition, la décision de refus de prise en charge était en force sur ce point. Pour le surplus, C. _____ SA observait que les diagnostics au dossier étaient exclus de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA et que la rupture partielle transfixiante du supra-épineux, susceptible de faire partie des diagnostics de ladite liste, ne pouvait pas être retenue faute d'un lien de causalité établi entre les lésions de l'épaule et l'événement du 12 février 2023. Par réplique du 29 juillet 2025, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle maintenait que le fait de devoir supporter seule le poids (97 kilos) de la résidente qui se tenait debout et dont les pieds avaient lâché subitement alors qu'elle ne pouvait pas s'y attendre ni l'anticiper, l'avait contrainte à produire un effort inhabituel et important pour la rattraper avant sa chute. Par courrier du 14 août 2025, C. _____ SA a réitéré sa demande de production du dossier médical constitué par le Dr E. _____. 10J010

- 7 - Dans sa duplique du 5 septembre 2025, après avoir soumis le rapport du 5 août 2025 du Dr E. _____ au Dr K. _____ (cf. rapport du 2 septembre 2025), C. _____ SA

maintenait qu'en l'absence de contestation du droit à des prestations sur la base de la notion de lésion assimilée à un accident, la décision était en force sur ce point. En tout état de cause, l'intimée se ralliait à l'analyse de son médecin-conseil retenant que la lésion de l'épaule droite serait due de manière prépondérante à l'usure ou la maladie. La preuve de son apparition en raison de l'événement du 12 février 2023 n'était pas apportée. Par déterminations du 12 septembre 2025, la recourante a indiqué persister dans ses conclusions. En droit : 1. a) La LPGA 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 le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents, en particulier sur le fait de savoir si l'événement du 12 février 2023 peut être qualifié d'accident (art. 6 al. 1 LAA), subsidiairement si le cas peut être pris en charge sous l'angle des lésions assimilées (art. 6 al. 2 LAA). 10J010

- 8 - 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. 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). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire. 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). 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, 2e 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, 3e éd., Bâle 2016, n. 88 p. 922). 10J010

- 9 - 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. 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_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il y a également lieu de prendre en compte la différence de constitution et de poids entre deux personnes lorsque l'une retient l'autre pour l'empêcher de tomber (TFA U 421/01 du 15 janvier 2003 consid. 3). 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 112 V 202 consid. 1 et les références). Ainsi, la jurisprudence a admis l'existence d'un facteur exceptionnel lorsque, en soulevant ou en poussant une charge, une lésion se produit à cause d'un effort extraordinaire, c'est-à-dire manifestement excessif. Mais il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'intéressé. Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b-c). À titre d'exemples, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire a été admise dans le cas d'un assuré, blessé à l'épaule gauche, qui a retenu, par un mouvement du membre supérieur gauche, un panneau d'environ 80 kg glissant des mains de la personne qui l'aidait à le 10J010

- 10 - transporter (TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 5.2), dans le cas d'un poseur de sols qui, par un mouvement brusque et incontrôlé au niveau du membre supérieur droit, présentant une certaine intensité, a rattrapé précipitamment un rouleau de moquette qui glissait d'une étagère (TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 5.2.2), dans le cas d'un assuré rattrapant, à moins de 80 centimètres du sol, un gaufrier de 25 kg qui tombait d'une table, le dos courbé et les bras en avant (TF 8C_579/2014 du 28 novembre 2014 consid. 5 et 6.3) ou encore dans le cas d'une infirmière amenée à fournir un effort violent et improvisé lors du déplacement d'une patiente, déplacement qui devait impérativement s'effectuer à deux en raison des contraintes induites par l'invalidité de celle-ci ; la collègue de l'infirmière avait lâché prise de manière subite, de sorte que cette dernière s'était retrouvée seule à supporter toute la charge pour éviter le pire (TFA U 9/04 du 15 octobre 2004 consid. 5). En revanche, le facteur extérieur extraordinaire a été nié dans les cas suivants : une assistante maternelle qui s'est blessée au poignet en empêchant un enfant de cinq ans, pesant 20 kg, de tomber d'une chaise « Tripp-Trapp » (TF 8C_242/2021 du 2 novembre 2021 consid. 6 ss) ; un boucher qui s'est fait mal au dos en se saisissant d'une caisse de viande d'environ 25 kg collant à l'étagère sur laquelle elle était posée, reculant de quelques pas pour retrouver l'équilibre (TF 8C_783/2013 du 10 avril 2014 consid. 6.2) ; un assuré qui a présenté des douleurs au dos après avoir tenté de redresser, par un mouvement réflexe, une plante en pot qui se trouvait sur un chariot de transport, lequel menaçait de basculer (TFA U 144/06 du 23 mai 2006 consid. 2.1 et 2.2) ; une aide-soignante qui s'est blessée à l'épaule en rattrapant

une caisse de livres qui lui avait glissé des mains (TF 8C_1019/2009 du 26 mai 2010 consid. 5.1.2) ; un infirmier qui s'est fait mal au niveau des cervicales en se retournant brusquement pour tenter de retenir une patiente, laquelle s'était levée de sa chaise roulante (TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 5) ; une aide-soignante qui, avec une stagiaire, soutenait une patiente d'environ 90 kg qui s'effondrait, la conduisant à se pencher plus fortement, entraînant une vive douleur à l'épaule (TF 8C_444/2009 du 11 janvier 2010 consid. 4.3) ; une infirmière, pesant 62 kilos, souffrant d'une hernie discale, qui a soudainement dû 10J010

- 11 - supporter le poids d'une patiente de 66 kilos, en la déplaçant de son lit au fauteuil (TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.3.2 et la référence citée). b) L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que l'assurance alloue également 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 : a. les fractures ; b. les déboîtements d'articulations ; c. les déchirures du ménisque ; d. les déchirures de muscles ; e. les elongations de muscles ; f. les déchirures de tendons ; g. les lésions de ligaments ; h. les lésions du tympan. Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (MARKUS HÜSLER, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung in : SZS/RSAS 2017, pp. 26 ss, spéc. p. 33). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Le critère du facteur externe est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents ; organisation et activités accessoires de la CNA], pp. 7702-7703). La preuve libératoire de l'assureur-accidents est donnée lorsque la lésion est due pour plus de 50 % à l'usure ou à la maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1). Le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait 10J010

- 12 - admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions

soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). 4. a) En l'espèce, il convient tout d'abord de déterminer si le 12 février 2023 la recourante a été victime d'un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. La déclaration d'accident complétée le 3 mai 2024 indique que lors d'un soin à une résidente, l'assurée a essayé de la rattraper et s'est blessée au dos. Invitée à détailler les circonstances de l'événement dans un 10J010

- 13 - questionnaire du 8 mai 2024, la recourante a déclaré qu'après avoir installé la résidente sur le bord du lit pour l'accompagner et l'installer sur sa chaise roulante, elle l'avait aidée à se mettre debout. Les pieds de la patiente avaient alors lâché. En voulant la retenir pour éviter qu'elle ne tombe, elle s'était blessée au dos. S'il est certes possible d'admettre l'influence mécanique d'un facteur extérieur, à savoir que les pieds de la résidente se dérobent de manière soudaine, on ne saurait par contre retenir le caractère extraordinaire de ce facteur. Selon ses déclarations, la recourante qui mesure 1,70 mètre pour un poids de 97 kilos est de stature et de corpulence solide. Elle est de surcroît accoutumée à toutes ces manœuvres de transfert puisqu'elle travaille en tant qu'auxiliaire de santé auprès de l'EMS D._____ depuis 2017. Quant aux patients dont elle est en charge, leur grand âge est source de problème de mobilité, de force et d'équilibre, auquel est confrontée au quotidien une auxiliaire de santé d'un tel établissement. En outre, aucun élément figurant dans les déclarations de l'employeur, de l'assurée ou des médecins consultés, ne laisse penser que la recourante aurait retenu un poids important et supérieur au sien. En l'espèce, cette dernière n'a pas démontré que le fait de retenir la résidente avant sa chute se serait déroulé dans des circonstances exceptionnelles ou sortant de l'ordinaire. Ainsi, l'effort fourni pour éviter la chute de la patiente lors de la manœuvre de transfert du lit au fauteuil roulant n'apparaît manifestement pas excessif au vu des circonstances et ne permet donc pas d'admettre l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire dans le cas particulier. A l'appui de son mémoire de recours du 28 février 2025, la recourante se prévaut de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le premier arrêt cité (TF U 9/04 du 15 octobre 2004) concerne le cas d'une aide-soignante qui déplaçait une pensionnaire handicapée encore allongée avec l'aide d'une collègue, laquelle a brusquement lâché prise. L'assurée s'est retrouvée à supporter seule une grande partie du poids de la patiente, ce qui a provoqué un transfert de charge subit auquel elle ne pouvait pas s'attendre, d'autant plus que le déplacement de cette pensionnaire s'effectuait toujours à deux soignants en raison des 10J010

- 14 - contraintes induites par son invalidité. Tel n'est pas le cas en l'espèce, la recourante étant seule pour accomplir le transfert de la résidente du lit au fauteuil roulant, dans un geste usuel dans le cadre de son activité. Au demeurant, s'agissant de personnes âgées à la force et à l'équilibre précaires, le risque encouru de devoir rattraper un résident lors de ces transferts n'a rien d'extraordinaire, ce à plus forte raison que rien au dossier n'indique que la charge supportée par la recourante aurait été particulièrement importante au regard de son propre poids. Par ailleurs, on rappellera que le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire en particulier dans le cas d'une infirmière d'un poids de 62 kg, souffrant d'une hernie discale, ayant soudainement dû supporter le poids d'une patiente de 66 kg, en déplaçant cette dernière de son lit au fauteuil (TFA U 421/01 du 15 janvier 2003 consid. 3). Un facteur extérieur extraordinaire a également été nié par la Haute Cour

dans le cas d'une aide-soignante qui, avec une stagiaire, soutenait une patiente de 90 kg qui s'effondrait, ce qui l'avait contrainte à se pencher plus fortement, entraînant une vive douleur à l'épaule (TF 8C_444/2009 du 11 janvier 2010 consid. 4.3). Les autres arrêts mentionnés par la recourante ont tous trait à des exemples d'accidents qui ne sont pas pertinents pour l'issue du présent litige. Partant, faute de l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'événement en question n'était pas constitutif d'un accident au sens de l'art 6 al. 1 LAA. b) En l'absence d'un accident au sens de cette disposition, il convient d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. D'emblée il convient de relever que la position de l'intimée qui soutient qu'il n'est plus possible de revenir sur ce point en l'absence d'opposition ne peut pas être suivie. En effet, la question des lésions assimilées se comprend comme un contexte de fait commun avec l'objet initial du litige (cf. par exemple TF 9C_636/2014 du 10 novembre 2014 10J010 - 15 - consid. 3.1), si bien que la Cour de céans est tenue d'examiner ce point, en l'absence d'un accident au sens juridique du terme, la recourante concluant au droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 12 février 2023 également sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. En l'occurrence, les lombalgies, voire les dorsalgies ou les rachialgies, ne figurent pas parmi la liste exhaustive des lésions mentionnées à l'art. 6 al. 2 LAA, comme le médecin-conseil l'a indiqué dans son appréciation du 17 août 2024. S'agissant des lésions de l'épaule droite, il convient d'observer que ni la recourante, ni son employeur ne les ont mentionnées au travers des déclarations d'accident des 3 et 8 mai 2024. En effet, seule une blessure au dos de l'intéressée a fait l'objet de la déclaration de l'événement de février 2023. Cela est corroboré par le rapport du 16 février 2023 du Dr T. _____ ayant prodigué les premiers soins pour des douleurs au dos consécutives à un faux mouvement au travail le 12 février 2023 irradiant dans le membre inférieur gauche (face postérieure de la cuisse) et qui a diagnostiqué une lombosciatalgie gauche aiguë, ni traumatique ou déficitaire, au niveau L5-S1. Il n'est donc pas fait mention d'un problème d'épaule dans le rapport établi dans les jours qui ont suivi l'événement litigieux. Le rapport d'IRM de l'épaule du 22 janvier 2024 ne permet pas plus de rattacher la problématique à l'événement de février 2023 compte tenu du laps de temps écoulé. Un constat identique s'impose pour l'ensemble des rapports médicaux transmis par le médecin traitant de l'assurée à l'assureur-accidents dès lors que ces documents ont tous été établis postérieurement. En effet, malgré la demande de l'intimée du 14 août 2025 au Dr E. _____ de produire le dossier de sa patiente, le médecin traitant n'a pas transmis les rapports rédigés durant l'année 2023 en lien avec le problème d'épaule de sa patiente. L'assurée ne les a au demeurant pas produits non plus, contrairement à l'art. 28 al. 2 LPGA qui prévoit une obligation de collaborer de celui qui demande des prestations. Cette norme traite de la fourniture gratuite de « tous les renseignements nécessaires », 10J010

- 16 - en particulier le rapport médical du médecin traitant (GUY LONGCHAMP, in : DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], op. cit., ad nos 25 et 26 ad art. 49 LPGA). On pouvait par conséquent attendre de l'intéressée qu'elle collabore à l'établissement des faits pour établir son droit aux prestations en lien avec l'événement de février 2023, si bien qu'il lui incombait de produire les éventuels avis médicaux qu'elle jugeait être pertinents auprès des médecins consultés en 2023. Il découle de ce qui précède que la recourante ne peut pas non plus se fonder sur l'art. 6 al. 2 LAA pour obtenir des prestations de l'assurance-accidents. c) Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'intimée a refusé de prêter en faveur de la recourante à raison de l'événement survenu le 12 février

2023. 5. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 23 janvier 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'409 fr. 65, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de 10J010

- 17 - l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ). 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 30 janvier 2025 par C. _____ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de B. _____, est fixée à 1'409 fr. 65 (mille quatre cent neuf francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris. V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat. La présidente : Le greffier : 10J010

- 18 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc, pour B. _____, - C. _____ SA, - Office fédéral de la santé publique (OFSP), 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 : 10J010

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.