

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 février 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...] (France), recourante, représentée par Me Isabelle Jaques,
avocate à Lausanne,

et

S. _____ [...], à [...], intimée, représentée par Me Philippe A. Grumbach,
avocat à Genève,

Art. 6 al. 1 et 2 LAA ; 9 al. 2 OLAA.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée), née en 1982, travaillait depuis le 1^{er} novembre 2010 en tant qu'employée de maison à 100% pour le compte d'un particulier à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la S._____ [...] (ci-après : la S._____).

Le 26 avril 2011, à 13h40, l'assurée a ressenti un claquage à l'épaule droite avec une perte de sensation dans trois doigts de la main droite, alors qu'elle déplaçait de la vaisselle et des ustensiles de cuisine chez son employeur (cf. déclaration de sinistre du 28 avril 2011).

L'après-midi même, l'intéressée s'est présentée au Service des urgences du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier D._____). A cette occasion a été établie une « *feuille d'orientation* » au nom des Drs Q._____ et B._____, de l'Unité d'urgence chirurgicale ambulatoire (URGB) du Centre hospitalier D._____, signée uniquement par la Dresse Q._____. Il y était mentionné que l'assurée se plaignait depuis une semaine de douleurs à l'épaule droite avec quelques fois des fourmillements et que, ce matin-là, elle avait ressenti un claquage lors d'un lourd effort, avec une perte de sensibilité aux 3^e et 4^e doigts de la main droite, des fourmillements et une impossibilité de mobiliser l'épaule à cause des douleurs. Il était également indiqué que le diagnostic retenu était celui de cervico-brachialgies non déficitaires, qu'un traitement conservateur avait été mis en place et qu'un suivi était prévu auprès du Dr B._____. Ce même après-midi, le Dr B._____ a établi un second compte-rendu, dont il résultait en particulier que les cervico-brachialgies remontaient à une semaine mais s'étaient exacerbées depuis deux jours, « *sans relation avec traumatisme* ».

En quittant le Centre hospitalier D._____ le 26 avril 2011, à 22h40, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique. Elle s'est alors rendue derechef aux urgences de cet établissement, où il a été constaté qu'elle présentait des contusions multiples aux niveaux

thoracique et lombaire (cf. rapport du Centre hospitalier D._____ du 27 avril 2011).

Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 26 avril au 17 mai 2011 par le Dr B._____, prolongée jusqu'au 10 juillet 2011 par le Dr X._____, spécialiste en médecine.

Dans un rapport établi le 22 juin 2011 à la suite d'une consultation ambulatoire le 4 mai précédent, les Drs P._____ et L._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Service de neurochirurgie - Policlinique du Centre hospitalier D._____, ont relevé qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis cervical effectuée le 28 avril 2011 n'avait pas montré de compression au niveau radiculaire ou du cordon médullaire à l'ensemble de l'étage cervical, ni de hernie discale cervicale.

Aux termes d'un rapport du 22 décembre 2011 consécutif à une arthro-IRM de l'épaule droite, la Dresse W._____, radiologue, a conclu à une déchirure partielle étendue du tendon sus-épineux avec déchirure transfixiante partielle, à une probable déchirure partielle de la partie supérieure du tendon sous-scapulaire, ainsi qu'à des signes de SLAP de type II.

Ayant examiné l'assurée à la requête du Dr X._____, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu dans un rapport du 10 janvier 2012 qu'une arthroscopie de l'épaule droite avec réparation de la coiffe des rotateurs était indiquée. Cette intervention aura lieu le 5 avril 2012.

B. Les événements survenus le 26 avril 2011 à 13h40 et 22h40 ont entre-temps été annoncés à la S._____.

Le 30 janvier 2012, l'assurance a fait savoir à l'assurée qu'elle refusait de prendre en charge l'événement du 26 avril 2011 à 13h40. La S._____ a plus particulièrement estimé ne pas être en présence d'un

accident au sens de la loi dans la mesure où faisait défaut un facteur extérieur extraordinaire. Elle a également écarté toute lésion corporelle assimilée à un accident, motif pris que le fait de déplacer de la vaisselle et des ustensiles de cuisine représentait une action courante ne générant pas un potentiel de risque accru.

Le même jour, la S._____ a adressé une seconde correspondance à l'assurée l'informant que, pour le sinistre du 26 avril 2011 à 22h40, son intervention se limiterait aux frais médicaux engendrés par les contusions au niveau thoracique et de la colonne lombaire.

Toujours le 30 janvier 2012, la S._____ a écrit au Dr G._____ pour lui communiquer qu'elle refusait de prendre en charge l'intervention chirurgicale prévue, appréciation contestée par le Dr G._____ dans un courrier du 1^{er} février 2012.

Par écrit du 8 février 2012, l'assurée a sollicité une nouvelle analyse de son dossier.

Par décision du 10 février 2012, la S._____ a maintenu son refus de prester s'agissant de l'événement du 26 avril 2011 à 13h40. Elle a en outre indiqué qu'elle allait interpeller son médecin-conseil concernant l'étendue des prestations pour l'accident de la voie publique.

A la même date, la S._____ a soumis le dossier de l'assurée à son médecin-conseil le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a fait part de ses conclusions dans un rapport du 21 février 2012. Il a en particulier estimé que l'intéressée présentait très certainement un état préexistant puisqu'aucun des deux événements survenus le 26 avril 2011 n'était susceptible de provoquer une rupture de la coiffe des rotateurs. Il a retenu qu'au-delà du 10 juillet 2011, toutes les affections liées aux accidents du 26 avril 2011 étaient à considérer comme guéries.

Dans une correspondance du 2 mars 2012 adressée à l'assurée, la S. _____ a retenu qu'au-delà du 10 juillet 2011, toutes les affections liées aux événements accidentels du 26 avril 2011 devaient être considérées comme guéries.

Le 8 mars 2012, l'assurée a contesté ce courrier.

Sur requête de la S. _____, le Dr J. _____ a répondu le 16 mars 2012 à une prise de position du Dr G. _____ du 5 mars précédent. Le médecin-conseil de l'assureur a notamment maintenu qu'aucun des événements survenus le 26 avril 2011 ne s'était accompagné d'un mécanisme adéquat susceptible d'entraîner une rupture de la coiffe des rotateurs. Selon le Dr J. _____, il était hautement probable que l'intéressée ait eu dans ses antécédents un traumatisme de l'épaule droite ayant provoqué la rupture en question, découverte lors des investigations pratiquées par la suite.

Par décision du 23 mars 2012, la S. _____ a maintenu la position exprimée le 2 mars 2012. L'assurée s'y est opposée le 3 avril 2012. Le même jour, le Dr G. _____ a invité l'assureur à prendre en charge le cas de l'intéressée.

Le 8 mai 2012, la S. _____ a transmis le dossier de l'assurée à sa mandataire nouvellement constituée, soulignant à cette occasion que la décision du 10 février 2012 n'avait fait l'objet d'aucune opposition formelle.

Par acte du 31 mai 2012 rédigé par son conseil, l'assurée a notamment fait valoir que, le 8 mars 2012, elle s'était opposée non seulement à la décision du 23 mars 2012 concernant l'accident du 26 avril 2011 à 22h40, mais également à la décision du 10 février 2012 relative à l'accident ayant eu lieu le même jour à 13h40. Cela étant, elle a soutenu que l'instruction devait être complétée s'agissant de l'événement survenu à 13h40, respectivement que des prestations d'assurance devaient être allouées pour l'événement intervenu à 22h40. Concernant plus

précisément le premier de ces sinistres, elle a allégué que la décision de la S._____ reposait sur un état de fait qui n'avait pas été suffisamment instruit. D'une part, la description faite dans la déclaration de sinistre était lacunaire en cela que seule l'activité générale était indiquée (soit le déplacement de vaisselle et d'ustensiles de cuisine), sans mentionner l'activité spécifique, ni fournir de précisions quant aux mouvements effectués ou au poids des objets déplacés. D'autre part, le rapport établi par le Service des urgences du Centre hospitalier D._____ n'analysait pas l'origine des lésions subies, mais se limitait à poser un diagnostic. Aussi ne pouvait-on manifestement imputer les cervico-brachialgies droites à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. A cela s'ajoutait que le caractère usuel de l'activité au moment du sinistre ne pouvait pas être évaluée, étant souligné que l'activité d'une femme de ménage à 100% n'était aucunement comparable à celle d'une maîtresse de maison effectuant des tâches similaires mais à une fréquence bien moindre.

Par décision sur opposition du 16 juillet 2012, la S._____ a déclaré irrecevable l'opposition de l'assurée à l'encontre de la décision du 10 février 2012 et a rejeté celle formée contre la décision du 23 mars 2012.

C. Le 31 août 2012, l'assurée a porté la décision susdite devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a subséquemment informé les parties de l'ouverture de deux dossiers distincts, l'un concernant la recevabilité de l'opposition à la décision du 10 février 2012 relative au sinistre du 26 avril 2011 à 13h40 (AA 79/12) et l'autre concernant le rejet de l'opposition à la décision du 23 mars 2012 relative au sinistre du 26 avril 2011 à 22h40 (AA 83/12).

Statuant le 25 mars 2013 dans la première de ces deux causes (AA 79/12), la juridiction cantonale a admis le recours et annulé la décision sur opposition du 16 juillet 2012 dans la mesure où elle concernait cette procédure, renvoyant l'affaire à la S._____ pour nouvelle décision.

Ce jugement a été confirmé, sur recours de la S._____, par arrêt du Tribunal fédéral du 19 décembre 2013 (8C_337/2013).

D. S'étant vu retourner l'affaire, la S._____ a rendu le 6 mai 2014 une décision sur opposition rejetant l'opposition formée par l'assurée à l'encontre de la décision du 10 février 2012 concernant l'événement du 26 avril 2011 à 13h40. Sur un premier plan, l'assurance a estimé qu'il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction. D'une part, rien n'incitait à s'écarter du rapport du Dr B._____ du 26 avril 2011, diagnostiquant des cervico-brachialgies droites tout en signalant des douleurs à l'épaule droite « *depuis une semaine* ». D'autre part, les circonstances dans lesquelles s'était déroulé l'événement du 26 avril 2011 à 13h40 ressortaient de la déclaration de sinistre du 28 avril 2011, qui n'avait jamais été remise en question jusqu'à l'écriture du 31 mai 2012. Cela précisé, la S._____ a souligné que la déclaration de sinistre du 28 avril 2011 se référait à un « *claquage* » en déplaçant de la vaisselle et des ustensiles de cuisine – soit un acte que l'assurée était régulièrement amenée à effectuer dans le cadre de son activité d'employée de maison – mais qu'à aucun moment il n'avait été question d'une chute, d'un choc ou d'un mouvement extraordinaire incontrôlé. Des constatations médicales faites au Service des urgences du Centre hospitalier D._____, il ressortait en outre que l'intéressée souffrait de douleurs à l'épaule droite « *depuis une semaine* ». Dans ces conditions, l'assurance a retenu que l'événement litigieux ne pouvait être qualifié d'accident faute d'un facteur dommageable extérieur extraordinaire. La S._____ a observé par ailleurs que le fait de déplacer de la vaisselle et des ustensiles de cuisine représentait une action courante, sans risque de lésion accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme. Aussi les cervico-brachialgies en cause ne pouvaient-elles être considérées comme des lésions corporelles assimilées à un accident.

E. Agissant par l'entremise de son conseil, Z._____ a recouru le 6 juin 2014 devant la Cour des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à la S._____ pour complément

d'instruction concernant l'événement du 26 avril 2011 à 13h40, avec ordre à l'intimée de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer les lésions consécutives à ce sinistre, subsidiairement de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer la cause de la déchirure partielle du tendon sous-scapulaire et de la déchirure partielle non transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite. Sur le plan procédural, la recourante fait valoir qu'avant de statuer le 6 mai 2014, l'intimée ne l'a pas interpellée, ni ne lui a octroyé un délai pour corriger les imperfections de son opposition. Elle soutient également que l'assurance a violé son droit d'être entendue en la privant de la possibilité de participer au choix de l'expert et à l'élaboration du questionnaire soumis à celui-ci. Sur le plan matériel, la recourante soutient en substance que l'événement du 26 avril 2011 à 13h40 est survenu dans le cadre d'une activité professionnelle, pour laquelle elle était soumise à des impératifs de rapidité et d'efficacité qui ne sont pas les mêmes que ceux d'une maîtresse de maison. Elle estime ainsi que la S. _____ aurait dû lui demander des renseignements complémentaires aux fins de déterminer les circonstances de ce sinistre. Elle soutient de surcroît qu'au vu du second sinistre survenu le 26 avril 2011 à 22h40, l'assurance aurait dû chercher à déterminer de manière précise le moment où avait eu lieu la rupture des tendons, dans la mesure où il ne peut être exclu que le premier événement ait uniquement causé un froissement musculaire - lésion assimilée à un accident selon la réglementation applicable. Elle allègue également que l'ensemble de son dossier médical démontre l'absence de signes de lésions dégénératives, ce qui plaide d'autant plus en faveur d'une prise en charge par l'assurance-accidents. Dans ces conditions, la recourante considère qu'il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée pour plus ample instruction, respectivement qu'il y a lieu de réformer la décision attaquée en ce sens que l'assureur doit prendre en charge les frais consécutifs à l'événement du 26 avril 2011 et en déterminer l'étendue au regard du second sinistre survenu le même jour. A l'appui de son recours, l'intéressée produit un onglet de pièces se rapportant essentiellement à la procédure antérieure.

En date du 11 juin 2014, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 6 juin 2014 et désigné sa mandataire, Me Isabelle Jaques, en tant qu'avocat d'office.

Par réponse du 15 août 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle souligne tout d'abord, sur le plan formel, que ni la juridiction cantonale ni l'instance fédérale n'ont retenu que des mesures d'instruction complémentaires devaient être entreprises ou qu'un droit d'être entendu supplémentaire devait être accordé à la recourante. Disposant de tous les éléments nécessaires pour statuer dans le respect du droit d'être entendu, la S. _____ estime du reste qu'il n'y avait pas lieu d'interpeller la recourante une nouvelle fois et qu'en tout état de cause, une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait être considérée comme réparée en procédure de recours. Elle retient de surcroît qu'aucun complément d'instruction n'était nécessaire compte tenu de l'avis du Dr B. _____, ainsi que de la description de l'événement litigieux telle que résultant de la déclaration de sinistre du 28 avril 2011. Concernant plus spécifiquement le refus de prise en charge, la S. _____ reprend en substance les motifs invoqués dans la décision entreprise.

Aux termes de sa réplique du 8 décembre 2014, la recourante a maintenu ses précédents motifs et conclusions.

Dupliquant le 29 janvier 2015, l'intimée a confirmé sa position.

F. Une audience d'instruction s'est tenue le 31 août 2015 portant sur la présente cause et celle référencée sous AA 83/12. Au cours de cette audience, la recourante a notamment déclaré ce qui suit :

"Comme mes anciens employeurs avaient refait leur cuisine, ils voulaient prendre une entreprise pour s'occuper du nettoyage et du rangement. Les enfants n'étant pas là, ils m'ont proposé de le faire moi-même comme c'est moi qui utilisai[s] la cuisine principalement. J'ai porté de la vaisselle, le grille-pain, des ustensiles électroménagers, etc. J'ai eu la sensation que de la vaisselle allait tomber, j'ai fait un faux mouvement et j'ai eu une douleur. Dans un premier temps, on a suspecté une hernie cervicale mais une IRM pratiquée à [...] n'a rien montré.

Il est vrai que j'avais parfois mal à l'épaule à force de porter un enfant âgé de quelque deux ans.
Sur interpellation de Me Jaques, je précise que lorsque je dis que j'ai réorganisé la cuisine, je l'ai en fait déménagée. Les objets que j'avais à déménager étaient relativement lourds. Je confirme n'avoir jamais eu de chutes sur l'épaule ni de chocs.
[...]"

Lors de cette même audience, un délai a été accordé à la recourante pour chiffrer ses prétentions.

Par écriture du 20 octobre 2015, la recourante a réclamé à l'intimée un montant de 9'359 fr. 40 plus intérêts à 5% dès le 25 juillet 2012 s'agissant du droit aux indemnités journalières, et de 4'089 fr. 55 avec intérêts à 5% l'an dès le 25 juillet 2012 s'agissant des frais médicaux. Elle a dès lors modifié ses conclusions et requis, principalement, l'annulation des décisions entreprises et le paiement, par la S._____, d'une somme de 13'448 fr. 95 avec intérêts à 5% l'an dès le 25 juillet 2012, subsidiairement le renvoi de la cause à l'intimée pour plus ample instruction au sens des considérants.

Se déterminant le 11 novembre 2015, l'intimée a maintenu sa position. La recourante en a fait de même le 3 décembre 2015.

G. Par arrêt rendu ce jour, la Cour de céans a rejeté le recours introduit le 31 août 2012 par Z._____ à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 16 juillet 2012 par la S._____, concernant l'événement survenu le 26 avril 2011 à 22h40 (AA 83/2012 - 16/2017).

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 (cf. art. 1 al. 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 (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

Dès lors que la recourante réclame à l'intimée un montant de 13'448 fr. 95 plus intérêts tant pour le sinistre du 26 avril 2011 à 13h40 que pour l'événement du 26 avril 2011 à 22h40, il appert que la valeur litigieuse est de toute manière inférieure à 30'000 fr. de sorte que la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante peut prétendre à la prise en charge de ses troubles de l'épaule

droite par l'assurance-accidents, en lien avec l'événement du 26 avril 2011 à 13h40.

3. Il convient de se pencher tout d'abord sur les griefs d'ordre formel soulevés par la recourante.

a) L'assurée soutient, d'une part, que la décision attaquée n'a été précédée d'aucune interpellation, respectivement d'aucun délai lui permettant de corriger les imperfections de son opposition (cf. mémoire de recours du 6 juin 2014 p. 8 s.).

Ce grief apparaît toutefois mal fondé. En effet, dans son arrêt du 25 mars 2013, la Cour de céans a en particulier retenu que, par son courrier du 8 mars 2012, l'assurée avait manifesté sa volonté de contester la décision du 10 février 2012 (cf. CASSO 79/12 - 17/2013 précité consid. 4a) et que l'intimée s'était à tort prévalu d'irrégularités formelles pour dénier à cet écrit son caractère d'opposition (cf. CASSO 79/12 - 17/2013 précité consid. 4b), sans avoir préalablement imparti un délai à l'intéressée pour clarifier la situation au sens de l'art. 10 al. 5 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11). La cause a par conséquent été retournée à l'intimée pour qu'elle procède conformément aux exigences légales et rende une nouvelle décision (cf. CASSO 79/12 - 17/2013 précité consid. 4c), ce qu'a ultérieurement confirmé le Tribunal fédéral (cf. TF 8C_337/2013 du 19 décembre 2013). Ayant repris le dossier, la S. _____ n'a toutefois plus remis en question la recevabilité de l'opposition à sa décision du 10 février 2012 et a directement statué sur le fond de l'affaire en date du 6 mai 2014. Au regard de la position ainsi adoptée par l'intimée dans la décision sur opposition litigieuse, l'octroi d'un délai au sens de l'art. 10 al. 5 OPGA, visant à rectifier l'opposition sur le plan formel, ne se justifiait donc plus.

b) La recourante reproche à l'intimée, d'autre part, de ne pas avoir été intégrée à la désignation de l'expert et à l'élaboration du

questionnaire médical soumis à celui-ci (cf. mémoire de recours du 6 juin 2014 p. 8 s.).

Contrairement à ce que fait valoir l'assurée, le Dr J. _____ n'est toutefois pas intervenu à titre d'expert mais bien à titre de médecin-conseil de l'intimée (cf. décision du 10 février 2012 p. 1), ce que l'intéressée a elle-même reconnu dans un premier temps (cf. déterminations du 31 mai 2012 p. 3). Or, s'il est vrai que le Tribunal fédéral a instauré certains principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres; cf. ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9), il n'en demeure pas moins que ces droits de participation ne visent que les mandats d'expertise confiés à des médecins externes à l'assurance et pas les examens réalisés à l'interne par les médecins des Services médicaux régionaux de l'assurance-invalidité (cf. TF 8C_880/2011 du 21 mars 2012 consid. 4.2) - jurisprudence que l'on peut transposer *mutatis mutandis* au domaine de l'assurance-accidents et plus particulièrement aux examens effectués par les médecins-conseils de tels assureurs. Là encore, l'argumentation de la recourante est donc inopérante.

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle.

aa) 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 (cf. art. 4 LPGGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions qui doivent être cumulativement réalisés, à savoir : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de

l'atteinte et, 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 et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 232 consid. 1).

bb) Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 921). Cela dit, 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 (cf. ATF 142 V 219 consid. 4.3.1, 129 V 402 consid. 2.1 et 121 V 35 consid. 1a).

Pour les lésions dues à des efforts (soulèvement, déplacement de charges notamment), 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 (cf. Frésard/ Moser-Szeless, op. cit., n° 98 p. 924).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu 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 ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non

programmé du mouvement (cf. Frésard/ Moser-Szeless, op. cit., n°99 p. 925).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident.

aa) Edicté sur la base de cette délégation de compétence, l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) prévoit que 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) et les lésions du tympan (let. h) 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. Cette liste est exhaustive (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1), étant précisé que les déchirures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (cf. ATF 123 V 43 consid. 2b).

bb) A l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées. En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un évènement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 2.2 ; cf. TF 8C_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.2).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se

confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C_492/2014 précité loc. cit.).

c) 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 (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

5. Il s'impose, à ce stade, de s'arrêter sur le déroulement des faits litigieux.

a) Les médecins des urgences du Centre hospitalier D._____, rapportant les dires de l'assurée lors de la consultation intervenue l'après-midi même du 26 avril 2011, ont indiqué que l'intéressée avait ressenti un claquage lors d'un lourd effort ce matin-là (cf. « *feuille d'orientation* » du 26 avril 2011 et rapport de consultation du 26 avril 2011 du Dr B._____.) Quant à la déclaration de sinistre du 28 avril 2011, elle mentionne que l'assurée a ressenti un claquage à l'épaule droite en déplaçant de la vaisselle et des ustensiles de cuisine chez son employeur, à 13h40. Finalement, dans le cadre de l'audience d'instruction tenue le 31 août 2015, la recourante a en substance déclaré qu'elle avait dû déménager la cuisine de ses employeurs le 26 avril 2011, ce qui l'avait amenée à porter de la vaisselle et des ustensile électroménagers, et que, sentant que de la vaisselle allait tomber, elle avait fait un faux mouvement et éprouvé une douleur.

On peut certes concilier la version fournie par l'assurée aux médecins urgentistes du Centre hospitalier D._____ et celle figurant dans la déclaration de sinistre du 28 avril 2011, en cela qu'elles évoquent toutes deux un claquage lors d'un effort ressenti comme lourd en déplaçant du matériel de cuisine, entre le matin et le début de l'après-midi. Tel n'est en revanche pas le cas s'agissant des déclarations ultérieures de la recourante à l'audience du 31 août 2015, mentionnant pour la première fois un faux mouvement ayant provoqué une douleur. Or, si des circonstances particulières - comme un faux mouvement afin d'éviter que de la vaisselle ne tombe - étaient survenues lors de l'événement litigieux, la recourante n'aurait pas manqué de le signaler d'emblée aux urgentistes du Centre hospitalier D._____ ou, à tout le moins, dans la déclaration de sinistre du 28 avril 2011 - soit avant de connaître les conséquences juridiques de ses déclarations (cf. dans le même sens TF 8C_568/2011 du 4 mai 2012 consid. 5.2) ; elle n'aurait en tous les cas pas attendu plus de quatre ans pour en faire état. Il faut donc admettre que la recourante a fourni des versions divergentes.

Cela étant, il y a lieu de se référer à la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", qui s'applique de manière générale en droit des assurances sociales et selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a ; cf. TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2). Au cas d'espèce, cette règle de preuve commande donc de s'en tenir aux premières déclarations de l'assurée.

b) La recourante ne peut du reste être suivie lorsqu'elle soutient que les faits n'auraient pas été suffisamment éclaircis par l'intimée. D'une part, le déroulement des événements tel que retenu par la S._____, sur la base de la déclaration de sinistre du 28 avril 2011 (cf. communication du 30 janvier 2012 et décision du 10 février 2012), n'a dans un premier temps suscité aucune réaction de la part de l'assurée ; on ne trouve notamment aucune référence à cette problématique dans ses écritures adressées les 8 février et 8 mars 2012 à la S._____. Si toutefois l'assureur avait omis une circonstance de fait importante, nul doute que l'intéressée n'aurait pas manqué de le relever immédiatement. Ce n'est pourtant que dans un second temps, soit dès son écriture du 31 mai 2012 postérieure au refus de prester de la S._____, que l'assurée a contesté l'appréciation de l'intimée à ce propos. D'autre part, la recourante a eu tout le loisir d'apporter des éclaircissements sur le sujet dans le cadre de la présente procédure judiciaire et, en particulier, lors de l'audience d'instruction du 31 août 2015. Or, pour autant qu'elles puissent être retenues (cf. consid. 5a supra), les explications complémentaires fournies à cette occasion n'ont rien révélé de nouveau, l'intéressée ayant simplement précisé qu'elle avait dû transporter du matériel de cuisine (« *de la vaisselle, le grille-pain, des ustensiles électroménagers, etc.* ») suite à des travaux de réfection entrepris par ses employeurs. A ce stade, on ne voit donc pas en quoi l'état de fait devrait encore être complété (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 141 I 60 consid. 3.3, 136 I

229 consid. 5.3 et 131 I 153 consid. 3). Sur ce point aussi, l'argumentation de la recourante est par conséquent mal fondée.

c) Au regard de ce qui précède, la Cour de céans ne voit donc aucune raison pertinente de s'écarter de l'état de fait tel que résultant de la décision attaquée.

6. Cela précisé, il s'agit de déterminer si l'événement du 26 avril 2011 à 13h40 était ou non constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA - ce que la S. _____ a nié faute de facteur dommageable extérieur extraordinaire.

a) Vu le déroulement des faits tel que retenu ci-avant (cf. consid. 5a supra), on ne saurait admettre l'existence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire dans le cas particulier.

La recourante a en effet ressenti la symptomatologie litigieuse en déplaçant du matériel de cuisine chez ses employeurs de l'époque. Aucune de notion de chute, de glissade ou de collision ne peut être retenue sur la base des pièces au dossier ; notamment, on ne peut pas tenir pour établi le faux mouvement invoqué à l'audience d'instruction du 31 août 2015, en contradiction avec les premières déclarations de l'assurée (cf. consid. 5a supra). Dès lors, on ne saurait conclure à un mouvement non coordonné (cf. consid. 4a/bb supra). Du point de vue de l'effort consenti, force est d'admettre que le fait de déplacer des ustensiles de cuisine doit être considéré comme faisant partie des gestes de la vie courante, sans excéder le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 94 p. 923) - même pour une employée de maison intervenant après des travaux de réfection, et ce nonobstant les impératifs de rapidité et d'efficacité auxquels l'intéressée aurait été soumise de par sa profession (cf. mémoire de recours du 6 juin 2014 p. 10). Certes, la réorganisation d'une cuisine implique le déplacement d'ustensiles culinaires et électroménagers, ce qui peut le cas échéant être ressenti comme un « *lourd effort* » (cf. « *feuille*

d'orientation » du Centre hospitalier D._____ du 26 avril 2011), mais sans pour autant s'écarter de la mesure ordinaire et normale dans laquelle les influences de l'environnement agissent sur le corps humain (cf. ATF 134 V 72 consid. 4.3.1), d'autant moins dans le cas d'une personne en bonne santé habituelle et âgée de vingt-neuf ans au moment des faits. Du reste, si la recourante a allégué que les objets concernés étaient « *relativement lourds* » (cf. procès-verbal de l'audience du 31 août 2015), rien dans leur description (« *de la vaisselle, le grille-pain, des ustensiles électroménagers, etc.* » [cf. procès-verbal de l'audience du 31 août 2015]) ne laisse à entendre qu'elle aurait ainsi eu à porter des poids significativement plus lourds qu'à l'accoutumée. Au regard de ces circonstances, la Cour de céans se doit de rejoindre l'intimée pour retenir qu'aucun facteur extérieur extraordinaire n'est venu perturber le déroulement de l'événement du 26 avril 2011.

b) On peut, au demeurant, avoir des doutes sur le caractère soudain de l'atteinte.

Pour que cette condition soit remplie, l'atteinte doit se produire pendant un laps de temps relativement court et pouvoir être rattachée à un événement unique et non pas consister en des troubles à répétition (par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 78 p. 919). En l'espèce, le 26 avril 2011, l'assurée a déclaré aux médecins urgentistes du Centre hospitalier D._____ qu'elle présentait des douleurs à l'épaule droite depuis une semaine (cf. « *feuille d'orientation* » du 26 avril 2011) avec exacerbation au cours des deux derniers jours mais sans notion de traumatisme (cf. rapport de consultation du 26 avril 2011 du Dr B._____). En outre, lors de l'audience du 31 août 2015, l'intéressée a expliqué qu'elle avait parfois eu mal à l'épaule à force de porter un enfant âgé de quelque deux ans (cf. procès-verbal de l'audience précitée). On peut ainsi se demander si l'atteinte ici concernée était exclusivement consécutive au fait de déplacer des articles ménagers le 26 avril 2011 ou si cet événement n'a pas intensifié une atteinte préalable, remontant à une semaine ou voire même

davantage. La question peut toutefois rester ouverte, dès lors que le critère du facteur extraordinaire n'est de toute manière pas rempli.

c) A l'aune de ces considérations, c'est donc à juste titre que la S. _____ a retenu que l'événement du 26 avril 2011 à 13h40 n'était pas constitutif d'un accident au sens de la loi et a, sous cet angle, refusé ses prestations.

7. Reste à déterminer si l'intimée était fondée à dénier toute prise en charge sous l'angle de l'art. 9 al. 2 OLAA.

a) La S. _____ s'est en l'espèce fondée sur l'absence de facteur extérieur, considérant que le fait de déplacer de la vaisselle et des ustensiles de cuisine était une action courante sans risque accru de lésion en regard d'une sollicitation normale de l'organisme.

A la lumière des premières déclarations de l'assurée, sur lesquelles il convient de se baser dans le cas particulier (cf. consid. 5a supra), on ne peut que rejoindre l'appréciation de l'intimée. Il y a en effet lieu de rappeler que la recourante a ressenti un claquage à l'épaule droite alors qu'elle déplaçait de la vaisselle et du matériel de cuisine chez ses employeurs. A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent toutefois pas une cause dommageable extérieure, en tant que celle-ci présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (cf. ATF 129 V 470 consid. 4.2.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 145 p. 946). Ainsi, le simple fait pour la recourante de déplacer des ustensiles de cuisine et des électroménagers chez ses employeurs n'impliquait, en tant que tel, pas de mouvements revêtant une intensité suffisante pour comporter un risque accru de lésion. Rien ne permet par ailleurs de retenir que, ce faisant, l'assurée aurait été amenée à solliciter son membre supérieur droit de manière physiologiquement anormale : en particulier, il ressort des considérants qui précèdent qu'aucune circonstance particulière n'est venue troubler le déroulement des événements et que

l'assurée n'a pas été amenée à porter des charges plus lourdes que d'habitude (cf. consid. 5a et 6a supra), ayant au contraire fourni une description des plus génériques à l'audience du 31 août 2015 (« *de la vaisselle, le grille-pain, des ustensiles électroménagers, etc.* » [cf. procès-verbal de l'audience du 31 août 2015]). Or, selon la jurisprudence, les mouvements habituels effectués dans le cadre de l'activité professionnelle doivent être considérés comme des gestes de la vie courante et non pas comme des événements assimilés à un accident, la condition du risque accru de lésion ne pouvant pas être admise en pareilles circonstances (cf. cf. TFA U 94/03 du 31 octobre 2003 consid. 3.3 et U 76/03 du 15 avril 2004 consid. 6.3). A l'aune de ces considérations, on ne saurait donc conclure à une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA en lien avec l'événement du 26 avril 2011 à 13h40.

Au demeurant, on rappellera que des doutes subsistent quant au caractère soudain de l'atteinte (cf. consid. 6b supra), critère applicable tant à la notion d'accident qu'à celle de lésion assimilée à un accident (cf. consid. 4b/bb supra).

b) Par surabondance, la Cour relève encore que dans un premier temps, c'est un diagnostic de cervico-brachialgies qui a été posé à la suite de l'événement du 26 avril 2011 à 13h40 (cf. « *feuille d'orientation* » du Centre hospitalier D._____ du 26 avril 2011). Or, en tant que telle, cette atteinte ne tombe pas sous le coup de l'art. 9 al. 2 OLAA.

Consécutivement à une arthro-IRM réalisée le 22 décembre 2011 par la Dresse W._____, il est certes apparu que l'intéressée présentait une rupture tendineuse au niveau de la coiffe des rotateurs. Toutefois, si de telles lésions relèvent bien de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (cf. consid. 4b/aa supra), peu importe en définitive qu'elles puissent ou non être mises sur le compte de l'événement du 26 avril 2011 à 13h40 (cf. mémoire de recours du 6 juin 2014 p. 10), puisqu'en l'absence de facteur extérieur (cf. consid. 7a supra), l'un des prérequis à la reconnaissance d'une lésion assimilée à un accident n'est de toute manière pas réalisé en

l'occurrence. Peu importe également, pour ce même motif, le point de savoir si des signes de lésions dégénératives ressortent ou non du dossier (cf. mémoire de recours du 6 juin 2014 p. 10).

c) Sous l'angle des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA, la position de la S. _____ n'est donc pas critiquable non plus.

8. Faute d'accident au sens de l'art. 4 LPGA (cf. consid. 6 supra) ou de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. consid. 7 supra), l'intimée était donc justifiée à dénier toute responsabilité en lien avec l'événement du 26 avril 2011 à 13h40.

9. **a)** Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205).

c) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, Me Jaques a produit une liste de ses opérations le 13 février 2017, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et

rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat et débours s'inscrivant raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Jaques s'élève donc à 3'241 fr. 10 (TVA à 8% comprise).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I. Le recours déposé le 6 juin 2014 par Z._____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 mai 2014 par la S._____ [...] est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Isabelle Jaques, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'241 fr. 10 (trois mille deux cent quarante et un francs et dix centimes), TVA comprise.
- V. Le 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, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Isabelle Jaques (pour Z. _____),
- Me Philippe A. Grumbach (pour la S. _____ [...]),
- 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 :