

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 septembre 2017

---

Composition : Mme THALMANN, juge unique  
Greffière : Mme Kreiner

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à [...] recourante,

et

**A.**\_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée.

---

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

**E n f a i t :**

**A.** U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 8 février 2012 comme serveuse pour le compte de la société M.\_\_\_\_\_ Sàrl, sise à [...]. A ce titre, elle était assurée auprès de A.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : A.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles.

Le 2 juin 2016 à 15 h 50, l'assurée a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Selon la déclaration d'accident de l'employeur datée du 17 juin 2016, elle a subi une déchirure de l'épaule « *gauche (sic)* », « *à la cave, en prenant un fût de bière* ».

Dans un rapport de radiographies de l'épaule droite du 7 juin 2016, daté du lendemain et faisant suite à l'indication d'une éventuelle lésion du sous-épineux, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a retenu qu'aucune anomalie n'avait été mise en évidence, étant précisé qu'il restait à disposition pour une évaluation échographique ou une IRM des tendons de la coiffe.

Selon un rapport d'échographie de l'épaule droite du 10 juin 2016 visant à rechercher une lésion du sus-épineux, la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a décrit un aspect intègre et normal du tendon du sous-scapulaire et du long chef du biceps, ainsi qu'un aspect diffusément hétérogène et remanié de l'extrémité distale du tendon du sus-épineux faisant suspecter une rupture. Elle a précisé qu'une IRM était agendée dans son service pour confirmer ce diagnostic. La radiologue a fini son rapport en relevant l'aspect intègre du tendon sous-épineux.

Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite daté du 13 juin 2016 visant à exclure une rupture du tendon du sus-épineux post-traumatique, la Dresse I.\_\_\_\_\_, a observé un aspect diffusément remanié de l'extrémité distale du tendon du sus-épineux qui toutefois était intègre, la présence d'une bursite sous-

deltoïdienne et un aspect intègre du tendon du sous-scapulaire, du long chef du biceps et du tendon du sous-épineux, ainsi qu'un aspect normal de la structure osseuse. Il n'y avait pas d'évidence de lésion des bourrelets gléno-huméraux mais une absence de contraste intra-articulaire. En revanche, elle avait observé des petites géodes tubérositaires et l'ébauche d'une arthrose acromio-claviculaire. La Dresse I. \_\_\_\_\_ a conclu à une contusion de l'extrémité distale du tendon du sus-épineux sans déchirure complète visible, à une bursite sous-deltoïdienne et à une ébauche d'altérations dégénératives.

L'intéressée a décrit les circonstances de l'accident dans un questionnaire général du 27 juin 2016. A cet égard, elle a notamment expliqué ce qui suit (sic) :

*"Les fûts de bière sont montés au-dessus de l'autre, je prends le fût de bière, je paisai sur le sol et quand je prends le fût pour l'emmenner à l'autre côté (bar) mon épaule droit fait une clack.*

*Je me sens une légère douleur, mais je pensais que la douleur passée. Le lendemain, je suis allé travailler des 11h-14h et après des 19h à la fermeture. Après midi ce aggraver la douleur. Quand je suis allé travailler la nuit, je fais des efforts comme monter et descendre les paniers, monté les tables et les chaises de la terrasse, servir les plats aux clients. Au cours de ce service a coûté me lève le bras, il semblait que j'avait un couteau planté dans l'épaule. Samedi ne lève même pas le bras pour habillier ou laver les cheveux dans le bain, il était quand j'ai appelé à mon patron que je ne voulais pas travailler. Je me suis reposé pendant 3 jours, mais il n'y avait pas d'amélioration. Voilà quand je pensais qu'il valait mieux aller chez le médecin. Après avoir fait les test ordonnés par le médecin, diagnostiqué que j'avais un déchirure partielle de sus épineux droit."*

Dans ce même questionnaire, elle a encore en particulier répondu positivement à la question de savoir si l'activité en question lui était familière et si elle avait été effectuée dans des conditions normales (chute, glissade, etc.), déclarant que (sic) : « *Oui, changer le fût de bière est une activité que je fais presque tou les jours. Les fûts de bière sont montés au-dessus de l'autre, je prends le fût, je paisai sur le sol et quand je prends le fût pour l'emmenner à l'autre côté (bar) mon épaule droit fait une clack* ».

Dans un rapport médical initial LAA du 28 juin 2016, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a relevé que les premiers soins avaient été prodigués à la patiente le 7 juin 2016. Il a rapporté les indications de cette dernière (« *Le 02.06 en soulevant un fût de bière ressent un claquement dans l'épaule droite comme un coup de couteau, le lendemain apparition de la douleur qui s'aggrave jusqu'à l'impotence* »), avant de constater objectivement une douleur diffuse à l'épaule sur le trapèze et la région supra épineuse droite, une limitation de l'antépulsion à 80° rotation interne et externe symétriques et un Jobe douloureux faiblement tenu. Le praticien a rapporté que, selon la radiologie, il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique. S'agissant du diagnostic, il a évoqué la possibilité d'une lésion tendineuse du sus-épineux.

Dans une note au dossier du 30 août 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'A.\_\_\_\_\_, a répondu par la négative à la question de savoir si les lésions découlant de l'événement du 2 juin 2016 étaient des lésions assimilées à un accident, invoquant l'absence de déchirure.

Par courrier du 6 septembre 2016, A.\_\_\_\_\_ a informé l'intéressée que, selon les renseignements obtenus du médecin qui l'avait auscultée, elle souffrait d'une affection qui ne constituait pas un accident au sens du droit applicable. Elle a ajouté que la possible lésion tendineuse du sus-épineux mentionnée par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 28 juin 2016 se révélait être une affection malade. Elle conseillait dès lors à l'assurée de s'adresser à son assurance-maladie.

Dans un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 7 septembre 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a observé ce qui suit :

**"Description**

[...] A l'IRM, on retrouve une irrégularité du versant bursal du tendon sus-épineux correspondant à une déchirure partielle, pas d'aggravation de l'atteinte tendineuse, le versant articulaire est préservé. Ebauche de

bursite sous-acromiale. Le corps musculaire SSP dans les limites de la norme. Le tendon sous-épineux sp, corps musculaire préservé. Le tendon sous-scapulaire bien inséré sur le trochin, sans altération évidente. Tendon long-chef du biceps centré dans sa gouttière pour sa portion verticale, dans sa portion horizontale pas d'altération évidente de signal ou de morphologie. L'ancre bicipitale est préservée. Le labrum glénoïdien sp. Cartilage gléno-huméral dans la norme. Pas de comblement évident de l'intervalle des rotateurs. Légère altération dégénérative acromio-claviculaire. Pas d'altération suspecte de l'intensité médullaire osseuse.

### **Conclusion**

Persistance d'une irrégularité du versant bursal du tendon sus-épineux associée à une ébauche de bursite sous-acromiale, DD dans un contexte de conflit sous-acromial? En cas de persistance à moyen terme de la symptomatologie, une infiltration sous-acromiale pourrait éventuellement être envisagée. [...]"

Par courrier du 14 septembre 2016, l'assurée a contesté les conclusions d'A.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'accident survenu sur son lieu de travail. Elle a soutenu que, comme expliqué, elle avait ressenti une vive douleur à l'épaule droite en soulevant un fût de bière et qu'elle n'avait jamais eu de problème à cette épaule auparavant. Elle a demandé à l'assureur de réétudier sa position. L'intéressée a joint à son courrier une attestation médicale elle aussi datée du 14 septembre 2016, dans laquelle la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, certifiait que la patiente présentait une déchirure partielle du tendon sus-épineux de l'épaule droite survenue brutalement le 2 juin 2016 lors d'un mouvement inhabituel. Elle ajoutait que la patiente avait clairement ressenti un claquement à ce moment-là et qu'il s'agissait à son sens donc bien d'un accident, l'assurée n'ayant jamais eu aucun problème avec son épaule auparavant.

Dans une note au dossier du 5 octobre 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'A.\_\_\_\_\_, a relevé que les lésions RX étaient compatibles avec un conflit sous-acromial et que les troubles dégénératifs n'étaient pas forcément en relation avec un accident. La causalité était au plus possible.

Par décision du 27 octobre 2016, A.\_\_\_\_\_ a rejeté toute obligation à prestations pour le traitement suivi suite au sinistre du 2 juin

2016, au motif que l'intéressée n'avait été victime ni d'un accident ni d'une lésion assimilée à un accident.

Par courrier du 23 novembre 2016 (date du timbre postal), l'assurée s'est opposée à la décision précitée. En substance, se référant notamment à un courrier du 28 octobre 2016 de l'ancien physiothérapeute S.\_\_\_\_\_ - qui ne figurait pas au dossier -, elle a contesté les circonstances de son accident. Elle a allégué qu'A.\_\_\_\_\_ n'était pas fondée à se baser sur les seules indications ressortant de la déclaration d'accident de l'employeur pour nier toute atteinte extérieure et extraordinaire dans la survenance de l'accident. L'assurance n'était selon elle pas non plus légitimée à considérer que la manœuvre effectuée était habituelle lors de l'exécution de son travail, les versions concordantes des médecins de l'intéressée retenant que le geste effectué l'avait été de manière brusque et en force, sollicitant l'épaule droite de manière considérablement plus élevée que la normale du point de vue physiologique et ayant dépassé ce qui était normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. Elle en a conclu que l'exigence d'un facteur dommageable extérieur et extraordinaire était remplie. L'assurée a ensuite fait valoir que le Dr C.\_\_\_\_\_ ne l'avait pas examinée en personne et que son avis, qui n'avait pas valeur probante au sens de la jurisprudence, ne convainquait pas. A cet égard, elle a soutenu qu'il n'avait pas expliqué les raisons médicales qui le conduisaient à exclure que le diagnostic figurant dans le rapport d'IRM du 13 juin 2016 n'était pas assimilable à un accident, en présence à tout le moins d'une déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule droite. A.\_\_\_\_\_ ne pouvait dès lors pas se retrancher derrière l'avis incomplet de ce praticien pour réfuter que la lésion puisse être assimilée à un accident.

Par courrier du 25 novembre 2016, A.\_\_\_\_\_ a transmis une copie de sa décision du 27 octobre 2016 à l'assurance-maladie de l'intéressée, en l'informant que cette dernière avait déjà formé opposition.

Le 24 janvier 2017, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil d'A.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic initial de conflit sous-

acromial (sous-acron) à droite. Il a relevé que les constatations IRM/radios/échographie étaient un conflit sous-acromial droit avec petite lésion sus-épineux. Il a estimé qu'il n'était pas en présence d'une lésion assimilée à un accident, en invoquant un conflit sous-acromial droit dû au travail. Il a confirmé partager la position du Dr P.\_\_\_\_\_ et l'avis du 5 octobre 2016.

Par décision sur opposition du 21 février 2017, A.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 27 octobre 2016. En résumé, elle a tout d'abord relevé que les versions de l'assurée quant au déroulement de l'événement du 2 juin 2016 ne concordaient pas entièrement, celle-ci ayant fait état d'un geste effectué de manière brusque et en force uniquement après avoir pris connaissance de la décision du 27 octobre 2016. Il y avait dès lors lieu de se référer aux premières déclarations de l'intéressée telles qu'elles ressortaient de la déclaration d'accident du 17 juin 2016 et des réponses au questionnaire général, à savoir qu'en prenant un fût de bière, elle s'était blessée à l'épaule droite. L'assurance a ajouté que, dans la mesure où un fût de bière contenait en général trente ou cinquante litres, le mouvement consistant à le prendre ne permettait pas de retenir un facteur extérieur extraordinaire, de sorte que la notion d'accident au sens juridique n'était pas remplie. A.\_\_\_\_\_ a ensuite retenu qu'il ne ressortait pas de la description de l'événement du 2 juin 2016 qu'il y avait eu une circonstance particulière qualifiable de facteur extérieur provoquant un risque accru nécessitant une sollicitation du corps, physiologiquement plus élevée que la normale et dépassant ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique. Par ailleurs, aucun facteur exogène au corps humain n'avait été constaté et l'assurée était amenée à porter des fûts de bière dans le cadre de son activité professionnelle, de sorte que cela ne pouvait être considéré comme un effort extraordinaire. Par conséquent, l'événement du 2 juin 2016 ne pouvait qu'être qualifié de banal et ne permettait pas d'admettre que l'assurée avait été victime d'un accident ou d'une lésion assimilée à un accident au sens du droit applicable. A.\_\_\_\_\_ a encore estimé que l'absence d'antécédents à l'épaule droite avant cet événement n'était pas déterminante et qu'il n'était ni usuel ni

nécessaire que le médecin-conseil examine au préalable les assurés avant de donner son avis sur un dossier. Finalement, l'assurance a relevé que l'assurance-maladie de l'intéressée n'avait pas réagi à la réception de la décision du 27 octobre 2016, admettant par là-même son obligation de prester.

**B.** Par acte du 24 mars 2017, U.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à ce qu'il lui plaise de « *dire que la décision sur opposition du 21 février 2017 est réformée en ce sens qu'A.\_\_\_\_\_ est tenue de verser ses prestations (frais de traitement uniquement) pour les suites de l'accident du 2 juin 2016* ». La recourante a indiqué qu'elle limitait sa demande de prestations à la prise en charge de ses frais médicaux qu'elle estimait à 2'560 fr. 55. Elle a contesté avoir fait des déclarations contradictoires, alléguant avoir décrit la survenance brutale d'une lésion à son épaule droite à la Dresse G.\_\_\_\_\_ bien avant la décision de refus d'A.\_\_\_\_\_, soutenant également que le Dr J.\_\_\_\_\_ confirmait lui aussi l'exécution d'un geste brusque dans son rapport du 28 juin 2016. Elle a en outre allégué que ses premières déclarations étaient laconiques en raison de sa mauvaise maîtrise du français écrit et que c'était en parlant à ses médecins qu'elle avait été en mesure de préciser petit à petit la manière dont les faits s'étaient déroulés. Dans ce contexte, il y avait lieu, selon elle, d'admettre qu'elle avait effectué un geste de manière brusque et en force afin de porter un fût de bière de 50 kg environ, ce qui avait sollicité son épaule droite de manière considérablement plus élevée que la normale du point de vue physiologique et avait dépassé ce qui était normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. L'exigence d'un facteur dommageable extérieur et extraordinaire était donc remplie et l'événement du 2 juin 2016 constituait bien un accident. La recourante a par ailleurs soutenu que, dans tous les cas, la lésion subie était une lésion assimilée à un accident. A cet égard, elle a allégué qu'elle souffrait d'une déchirure partielle du tendon sus-épineux de l'épaule droite et que cette lésion remplissait la condition du caractère extérieur, tout comme les autres conditions de la notion d'accident et de lésion assimilée à un accident.

L'intéressée a notamment produit neuf factures relatives aux frais de traitement pour la période comprise entre le 7 juin et le 9 décembre 2016.

Par réponse du 6 juin 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. En substance, elle a retenu que, malgré quelques fautes de français, le sens des réponses fournies par la recourante au questionnaire général était compréhensible, étant précisé que ces réponses ne contenaient aucune mention d'un geste brusque, soudain voire violent. Le Dr J.\_\_\_\_\_, premier médecin consulté par la recourante, ne faisait pas non plus mention d'un tel geste. En outre, l'opposition et le recours de l'intéressée avaient été formulés dans un français impeccable, ce qui démontrait qu'elle savait très bien à qui s'adresser quand elle avait besoin d'aide pour la rédaction de documents en français. A.\_\_\_\_\_ a également ajouté qu'il serait contraire à l'égalité de traitement de permettre aux assurés de modifier leurs déclarations au fil du temps et même après la décision de l'assureur, au motif qu'ils ne maîtriseraient pas assez le français. Elle a estimé que la recourante n'était pas parvenue à expliquer son omission de mentionner un geste brusque, soudain ou violent dans ses premières déclarations détaillées. En conséquence, il convenait de s'en tenir à ses déclarations telles qu'elles ressortaient de la déclaration d'accident et des réponses au questionnaire général. Dans un second motif, l'intimée a relevé qu'il fallait relativiser la force probante de l'attestation médicale de la Dresse G.\_\_\_\_\_ consultée près d'un mois et demi après l'événement, dans la mesure notamment où, comme déjà mentionné, le Dr J.\_\_\_\_\_ n'avait jamais parlé d'un geste brusque, soudain ou violent. Le simple fait de prendre un fût de bière ne permettait pas de retenir un facteur extérieur extraordinaire, de sorte que la notion d'accident au sens juridique n'était pas remplie. Finalement, l'intimée a estimé que ni la présence d'un mouvement mal coordonné du corps, ni même un geste s'inscrivant en-dehors du cadre des activités habituelles de la recourante ne ressortait du dossier. De plus, le conflit sous-acromial et la bursite mis en évidence par l'arthro-IRM du 7 septembre 2016 mettaient plusieurs mois voire années pour se développer. L'évènement du 2 juin 2016 ne pouvait dès lors qu'être qualifié de banal et ne

permettait pas d'admettre que la recourante avait été victime d'une lésion assimilée à un accident.

Par réplique du 28 juin 2017, la recourante a maintenu l'intégralité des conclusions prises à l'appui de son recours du 24 mars 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, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

Dans le cas d'espèce, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. compte tenu du montant réclamé par la recourante en lien avec l'événement du 2 juin 2016. La présente cause relève dès lors de la compétence d'un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 2 juin 2016. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si cet événement constitue un accident ou une lésion assimilée à un accident.

**3.** La LAA et son ordonnance, l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), ont été modifiées avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2017 par modification du 25 septembre 2015, respectivement du 9 novembre 2016 (RO [recueil officiel] 2016 4375 et RO 2016 4393). Cela dit, en vertu de l'art. 118 al. 1 LAA, les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la présente loi et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont régies par l'ancien droit.

**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.

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 (art. 4 LPGA). 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 3 et 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

**b)** Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> 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 (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1, 129 V 402 consid. 2.1 et 121 V 35 consid. 1a ; TF 8C\_53/2016 du 9 novembre 2016 consid. 3.1).

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 (Frésard/ Moser-Szeless, op. cit., n° 98 p. 924). La jurisprudence a, par exemple, nié l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire en cas de déplacement de charges pesant entre 60 et 100 kg (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et les références citées ; TF 8C\_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

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 (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références ; TF 8C\_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 3 et 4.2). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (TFA U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3.3).

Par ailleurs, pour que la condition du caractère soudain de l'atteinte à la santé soit remplie, celle-ci 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 (TF 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2).

**c)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant

essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2).

Le droit à des prestations découlant d'un accident requiert au surplus un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a ; TF 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité

naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles, dont la liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; TF 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.1), sont les suivantes :

- 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).

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 (ATF 123 V 43 consid. 2b).

**b)** La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine

vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b et 116 V 145 consid. 2c ; TF 8C\_927/2015 du 13 décembre 2016 consid. 5.1.1). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2).

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 cas de lésion corporelle assimilée à un accident. En particulier, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement 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 (ATF 129 V 466 consid. 4 et 123 V 43 ; TF 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2).

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 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 ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.2).

**c)** S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_815/2016 du 14 mars 2017 consid. 6.1).

**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 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.2). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; TF 8C\_260/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.3).

**6.** En l'espèce, il convient tout d'abord de revenir sur le déroulement des faits litigieux.

**a)** Selon la déclaration d'accident du 17 juin 2016, la recourante a subi une déchirure de l'épaule « *à la cave, en prenant un fût de bière* ». Dans son rapport médical initial LAA du 28 juin 2016, le Dr J.\_\_\_\_\_, rapportant les dires de l'assurée, a indiqué qu'elle avait ressenti un claquement dans l'épaule droite, comme un coup de couteau, en soulevant un fût de bière. La Dresse G.\_\_\_\_\_ a, quant à elle, certifié dans une attestation médicale du 14 septembre 2016 que l'intéressée présentait une déchirure partielle du tendon sus-épineux de l'épaule droite survenue brutalement le 2 juin 2016 lors d'un mouvement inhabituel. Finalement, la recourante, s'est exprimée à plusieurs reprises par écrit à ce sujet. Dans un premier temps, elle a déclaré « *Les fûts de bière sont montés au-dessus de l'autre, je prends le fût, je paisai sur le sol et quand je prends le fût pour l'emmenner à l'autre côté (bar) mon épaule droit fait un clack* » (questionnaire général du 27 juin 2016) et « *c'est comme je vous l'ai expliqué, en soulevant un fût de bière que j'ai ressenti une vive douleur dans mon épaule droite* » (courrier du 14 septembre 2016). Plus tard, l'intéressée a fait état d'un geste effectué « *de manière brusque et en force* » (opposition du 22 novembre 2016 et recours du 24 mars 2017).

Il apparaît que les versions fournies par le Dr J.\_\_\_\_\_ et l'employeur sont compatibles avec les premières déclarations de la recourante - effectuées avant qu'A.\_\_\_\_\_ ne notifie son refus d'octroi de prestations -, dans la mesure où elles évoquent un claquement dans l'épaule au moment de soulever un fût de bière, sans faire état d'un geste inhabituel, brusque, soudain voire violent. Ces déclarations ne peuvent en revanche pas être conciliées avec les indications fournies par la Dresse G.\_\_\_\_\_ qui mentionne, pour la première fois, un mouvement brusque et en force, ni avec les allégations ultérieures de la recourante qui font elles aussi état d'un mouvement de ce type.

La recourante conteste avoir donné des versions contradictoires de l'événement du 2 juin 2016. Pour justifier d'avoir attendu plusieurs mois avant de mentionner un mouvement brusque et en force, elle invoque une mauvaise maîtrise de la langue française écrite et soutient avoir eu besoin de l'écoute attentive de ses médecins traitants pour se remémorer, petit à petit, le déroulement des événements. Ces arguments ne lui sont d'aucun secours. En effet, l'intéressée a eu tout loisir de préciser les circonstances de l'incident dans le questionnaire général du 27 juin 2016, dans lequel elle a pris soin de bien détailler sa version des faits. Or, à la question de savoir comment s'était exactement déroulé l'accident (choc, glissade, etc.), elle a expliqué que son épaule avait claqué au moment où elle avait soulevé un fût de bière. Si des circonstances particulières comme un mouvement brusque et en force étaient survenues lors de l'événement, la recourante n'aurait pas manqué de les signaler d'emblée à son employeur, au Dr J. \_\_\_\_\_ qui l'a examinée en premier cinq jours après l'incident ou, à tout le moins, au moment de remplir le questionnaire général, soit avant de connaître les conséquences juridiques de ses déclarations. Elle n'aurait en tous les cas pas attendu la décision d'A. \_\_\_\_\_ pour en faire état. On relèvera encore que la version des faits rapportée par la Dresse G. \_\_\_\_\_, près de deux mois après les déclarations initiales de sa patiente, n'est pas déterminante dès lors que cette dernière n'était pas présente lors de l'événement et qu'elle contredit la teneur du courrier du 14 septembre 2016 de la recourante. De surcroît, s'il est vrai qu'on trouve des fautes de français dans les déclarations écrites de l'intéressée, il n'en reste pas moins qu'elles restent parfaitement compréhensibles. Ainsi, si elle avait voulu rapporter la survenance d'un élément extraordinaire lors de l'événement du 2 juin 2016, elle aurait été en mesure de le faire.

Dans ce contexte, il faut admettre que la recourante a fourni des versions divergentes de l'incident. Il y a dès lors lieu de se référer à la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure » rappelée plus haut (cf. consid. 4c supra) - qui supprime le principe invoqué par la recourante de présomption de vraisemblance concernant la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument

à l'origine de l'atteinte - et de s'en tenir aux premières déclarations de l'assurée.

**b)** La Cour observe encore que la recourante ne peut pas non plus être suivie lorsqu'elle soutient que les faits n'auraient pas été suffisamment éclaircis par l'intimée. En effet, elle a eu tout loisir d'apporter des éclaircissements sur le déroulement des faits notamment par le biais du questionnaire général qui lui a été adressé par A. \_\_\_\_\_ avant toute prise de position. Elle aurait également pu se déterminer encore une fois suite à la notification du courrier du 6 septembre 2016, voire de la décision du 27 octobre 2016. L'interpellation de tiers, comme mentionné dans le recours, n'aurait par ailleurs pas été utile dans la mesure où, selon les informations figurant au dossier, elle était seule au moment de l'événement du 2 juin 2016. On ne voit donc pas en quoi l'état de fait aurait dû être complété.

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

**7.** Il s'agit maintenant de déterminer si l'événement du 2 juin 2016 était ou non constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce qu'A. \_\_\_\_\_ a nié faute de facteur dommageable extérieur extraordinaire.

**a)** Compte tenu du déroulement des faits tel que retenu ci-dessus (cf. consid. 6 supra), on ne saurait en particulier admettre l'existence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire dans le cas d'espèce.

En effet, la recourante a ressenti une douleur en soulevant un fût de bière dans le cadre de son activité professionnelle de l'époque. Aucune notion de chute, de glissade ou de collision ne peut être retenue sur la base des pièces au dossier. On ne peut en particulier pas tenir pour établi le mouvement brusque et en force invoqué dans le cadre de la

procédure d'opposition et de recours, en contradiction avec les premières déclarations de l'assurée. Dès lors, on ne saurait conclure à un mouvement non coordonné. En outre, du point de vue de l'effort consenti, force est d'admettre que le fait de déplacer des fûts de bière 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, pour une personne exerçant, comme l'intéressée à l'époque, la profession de serveuse. Elle a d'ailleurs elle-même reconnu qu'elle changeait le fût de bière presque tous les jours (questionnaire général du 27 juin 2016). Du surcroît, si la recourante allègue que les fûts de bière pesaient presque son propre poids (recours du 24 mars 2017), rien ne laisse penser qu'elle aurait eu à porter un poids significativement plus lourd qu'à l'accoutumée.

**b)** Au vu de ce qui précède, il convient de retenir qu'aucun facteur extérieur extraordinaire n'est venu perturber le déroulement de l'événement du 2 juin 2016. C'est donc à juste titre qu'A. \_\_\_\_\_ a retenu que celui-ci n'était pas constitutif d'un accident au sens juridique du terme et a, sous cet angle, refusé ses prestations.

**8.** Reste à déterminer si l'intimée était fondée à dénier toute prise en charge sous l'angle de l'art. 9 al. 2 OLAA (lésion assimilée à un accident).

**a)** A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent 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 (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 145 p. 946). Ainsi, le simple fait pour la recourante de soulever un fût de bière dans le cadre de son activité professionnelle 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 l'assurée aurait été amenée à solliciter son épaule droite 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. 6 et 7 supra). 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 (TFA U 94/03 du 31 octobre 2003 consid. 3.3 et U 76/03 du 15 avril 2004 consid. 6.3). L'existence d'un facteur extérieur n'est dès lors pas établie, ce qui exclut toute lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA en lien avec l'événement du 2 juin 2016.

**b)** On relèvera encore que des doutes subsistent quant à la question de savoir si la recourante a effectivement subi une atteinte tombant sous le coup de la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA, plus particulièrement une déchirure du tendon du sus-épineux, comme l'affirme notamment la Dresse G.\_\_\_\_\_ (attestation médicale du 14 septembre 2016) mais le nie le Dr P.\_\_\_\_\_ (note au dossier du 30 août 2016) dont l'avis a été confirmé par le Dr X.\_\_\_\_\_ (prise de position du 24 janvier 2017). Cette question peut toutefois rester ouverte puisque l'existence d'un facteur extérieur, une des conditions à la reconnaissance d'une lésion assimilée à un accident, doit de toute manière être niée ici (cf. consid. 7a supra).

Pour les mêmes raisons, il n'est pas non plus nécessaire d'examiner la causalité entre la possible déchirure du tendon du sus-épineux et l'événement du 2 juin 2016, qui a été qualifiée au plus de possible par le Dr C.\_\_\_\_\_ (note au dossier du 5 octobre 2016).

**c)** En conséquence, il faut conclure que l'événement du 2 juin 2016 n'est pas constitutif d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. A.\_\_\_\_\_ était donc également en droit de refuser ses prestations à ce titre.

**9.** Faute d'accident au sens de l'art. 4 LPGA ou de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'accorder des prestations d'assurance à la recourante.

**10. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant au demeurant pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 21 février 2017 par A. \_\_\_\_\_ SA est confirmée.

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

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- U. \_\_\_\_\_,
- A. \_\_\_\_\_ 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 :