

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Catherine Merényi, avocate
à Yverdon-les-Bains,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 et 53 al. 2 LPGA ; 6 al. 1 LAA ; 9 al. 2 et 11 OLAA

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1990, a débuté un apprentissage d'électronicien en multimédia au sein de [...] dès le 1^{er} septembre 2006. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA ou l'intimée).

Dans une déclaration de sinistre du 21 septembre 2007, son employeur a annoncé à la CNA que l'assuré avait subi un accident le 8 août 2007 sur son lieu de vacances en Sicile, indiquant dans la description de l'événement que l'intéressé, en roulant avec son vélomoteur, était tombé tout seul et dans sa chute, s'était fracturé les 2 bras et le côté gauche. La CNA a pris en charge le cas.

Le 13 novembre 2007, l'assuré a subi une IRM (imagerie par résonance magnétique) du coude en raison de la persistance de douleurs. Dans son rapport y relatif du même jour, la Dresse [...], spécialiste en radiologie, a conclu à des aspects compatibles avec des remaniements post-fracture non déplacée de l'olécrâne, à un status après contusion de l'épitrôchlée, à l'absence de lésion ostéochondrale et de signe de chondropathie et à une bursite dans les tissus sous-cutanés en regard du tendon tricipital.

Dans un rapport du 27 janvier 2008 à la CNA, le Dr [...], spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a posé les diagnostics de fracture de l'épaule droite et de dermabrasions des 2 bras avec épisode de surinfection. Il a indiqué suivre l'intéressé pour des séquelles cutanées n'entraînant pas d'arrêt de travail, précisant que le patient avait une fracture de l'épaule.

Dans un rapport du 25 février 2008 à la CNA, le Dr L._____, spécialiste en médecine du sport, a posé les diagnostics de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et d'eczéma du goudron.

Le 28 mars 2008, l'assuré a été examiné par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a exposé dans son rapport du 1^{er} avril 2008 que son examen clinique n'avait pas révélé de lésion orthopédique susceptible d'expliquer la symptomatologie de l'intéressé, soit des douleurs de l'épaule droite apparues un mois après un traumatisme de l'épaule gauche. Selon ce praticien, l'IRM ne montrait pas de lésion de la coiffe des rotateurs et il n'y avait pas d'œdème osseux ni de trouble dégénératif acromio-claviculaire ou gléno-huméral. Il a posé le diagnostic de douleurs post-traumatiques de l'épaule droite. Il a également recommandé une évaluation neurologique.

Dans un rapport du 7 avril 2008, le Dr L._____ a posé le diagnostic de déchirure partielle du sus-épineux et du sous-scapulaire de l'épaule droite.

Le 26 mai 2008, l'assuré a été examiné par le Dr H._____, spécialiste en neurologie, qui a conclu son rapport y relatif daté du lendemain en ces termes :

« RESUME DU CAS ET APPRECIATION :

Il s'agit donc d'un jeune patient en bonne santé habituelle jusqu'ici, victime le 8.8.07 d'un accident de scooter avec chute et glissade sur la route. D'après les éléments à disposition, cet accident a entraîné des dermabrasions et des plaies multiples tout particulièrement au niveau du coude gauche. Aux dires du patient, l'évolution se serait compliquée d'une luxation immédiate de l'épaule gauche avec réduction spontanée. Actuellement, Monsieur S._____ ne signale pas de choc crânien et de troubles neurologiques proprement dits. Un mois après l'accident sont apparues des douleurs au niveau de l'épaule droite qui vont persister jusqu'ici et semblent représenter le facteur limitatif essentiel de la reprise de l'activité professionnelle.

A relever qu'en tant que conséquence de l'accident, Monsieur S._____ ne signale pas de céphalées, de vertiges, de troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que de cervico-radicalgies. Pas de troubles sensitivo-moteurs également au niveau des deux

membres supérieurs hormis des lâchages antalgiques à la prise de charge du membre supérieur droit.

Rappelons enfin que l'IRM de l'épaule droite effectuée à la demande du médecin-traitant le 17.10.07 a été interprétée comme démontrant des lésions tendineuses multiples avec une probable déchirure partielle intra-tendineuse du sus-épineux, une suspicion de déchirure partielle du tendon sous-scapulaire et une altération de signal de la portion intra-articulaire du tendon du long chef du biceps.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué s'est révélé sans anomalie significative hormis une discrète hypotrophie des muscles sus et sous-épineux droits.

L'examen clinique a été complété par un[e] ENMG [électroneuromyographie] de l'épaule et du membre supérieur droits qui est également rassurant[e] n'apportant pas la preuve de signes d'atteinte neurogène périphérique dans l'ensemble des muscles examinés notamment pour ce qui est des muscles sus-épineux, sous-épineux et deltoïde, ce qui permet d'écarter raisonnablement une participation neurologique à l'hypomyotrophie constatée cliniquement, laquelle peut donc être attribuée vraisemblablement aux lésions tendineuses objectivées à l'IRM de l'épaule droite.

En conclusion, l'anamnèse, les constatations cliniques et le résultat de l'EMG n'apportent pas la preuve d'une atteinte actuellement significative du système nerveux périphérique et central survenue dans le[s] suites ou indépendamment de l'accident de scooter du 8.8.07. ».

Dans un rapport du 11 juin 2008 à la CNA, relatif à une consultation du 19 mai 2008, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine du sport, a posé le diagnostic de conflit antérieur de l'épaule droite. Il a indiqué que le traitement médical avait pris fin le jour de la consultation précitée.

B. Dès le 1^{er} mars 2012, l'assuré a travaillé comme mécanicien pour le compte F.____ SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la CNA.

Aux termes d'un certificat du 13 septembre 2013, le Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport, a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré du 13 septembre au 25 octobre 2013 « à réévaluer », indiquant qu'il s'agissait d'un cas maladie. Le 30 octobre 2013, ce praticien a attesté une

incapacité de travail totale du 13 septembre au 3 novembre 2013, indiquant qu'il s'agissait d'un cas accident. Le 30 octobre 2013 également, le Centre Médical Z._____ a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressé du 27 août au 16 septembre 2013, indiquant qu'il s'agissait d'un cas accident.

Dans une déclaration de sinistre du 11 décembre 2013, F._____ SA a annoncé à la CNA que l'assuré avait subi un accident le 16 août 2013 sur son lieu de vacances en Sicile, décrivant l'événement en ces termes : « M. S._____ s'est blessé lors d'une partie de beach-volley ». Il était indiqué comme blessure une luxation de l'épaule droite et précisé que le travail avait été interrompu dès le 27 août 2013, puis repris à plein temps le 4 novembre 2013.

Dans un rapport à la CNA du 26 décembre 2013, le Centre médical Z._____ a indiqué comme diagnostic une entorse à l'épaule droite et a relaté que l'assuré était guéri, précisant qu'il avait repris son travail à temps complet le 17 septembre 2013. Le même jour, ce centre a complété un certificat médical à l'attention de la CNA, exposant que selon les indications du patient, il avait fait une « chute sur épaule D [droite] au volley pendant les vacances ».

Le 14 janvier 2014, l'assuré a été examiné par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport y relatif du même jour à l'attention du Dr R._____, ce praticien a exposé que l'intéressé présentait des douleurs de l'épaule droite antérieure sans notion claire de traumatisme. Il a indiqué que l'arthro-IRM du 5 septembre 2013 révélait une lésion de type ALPSA, mais pas de lésion autre, notamment du long chef du biceps ou SLAP. Cliniquement, il s'agissait de douleurs clairement mécaniques de l'épaule droite qui pouvaient être dues à une symptomatologie acromio-claviculaire ou à une souffrance du tendon du long chef du biceps. Selon lui, la lésion ALPSA ne paraissait pas cliniquement manifeste et le signe d'appréhension était parfaitement négatif. Il a proposé une infiltration test acromio-claviculaire à droite.

Dans un certificat du 28 janvier 2014 à l'attention de la CNA, le Centre Médical Z._____ a exposé que selon les indications du patient, l'assuré avait fait une « chute sur épaule au volley ». Selon ce document, les premiers soins ont été dispensés le 27 août 2013, les constatations radiologiques montraient une épaule droite sans particularité et un traitement d'antidouleurs et de physiothérapie a été mis en place.

Le 31 janvier 2014, le Dr V._____ a fait savoir à la CNA que l'assuré devait bénéficier d'une opération consistant en une arthroscopie de l'épaule droite en raison d'arthrose acromio-claviculaire. Elle lui a répondu le 10 février 2014 qu'elle formulait toutes réserves quant à la prise en charge de cette intervention.

Le 10 février 2014 également, la CNA a reçu de l'assuré un questionnaire qu'elle lui avait soumis, dans lequel il a exposé que suite à une chute le 16 août 2013 à 11h30, il était tombé sur son épaule droite, qu'il avait ressenti des douleurs pour la première fois le matin et que personne n'avait été témoin de l'événement.

La CNA a soumis le cas de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie, qui a indiqué le 19 février 2014 que l'opération préconisée par le Dr V._____ n'était pas due de façon au moins probable à l'accident du 16 août 2013 dès lors que selon les informations médicales à disposition, il s'agissait d'une entorse à l'épaule droite survenue le 16 août 2013 avec un patient guéri et un traitement terminé le 16 septembre 2013.

Dans un rapport à la CNA du 20 février 2014, le Dr V._____ a posé le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire avec lésion méniscale probable, résistante au traitement conservateur. Il a relaté une persistance des douleurs malgré la physiothérapie et la prise d'antalgiques et a émis un pronostic indéterminé.

Par communication du 21 février 2014, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 16 août 2013, l'indemnité journalière lui revenant s'élevant à 114 fr. et avait pris naissance au 27 août 2013.

Dans un rapport du 24 février 2014 à la CNA, le Dr R. _____ a posé les diagnostics de status post luxation de l'épaule droite en 2007 et de douleurs mécaniques de l'épaule droite en émettant les hypothèses de lésion acromio-claviculaire et de lésion de type ALPSA ou SLAP. Il a relaté des douleurs persistantes de l'épaule droite de type mécanique.

Le 3 mars 2014, l'assuré a téléphoné à la CNA et une notice relative à cet entretien a été rédigée en ces termes :

« Le 16.8.2013, en jouant au beach volley, il est tombé plusieurs fois sur son épaule droite. Il a consulté en Italie car il avait mal. Le médecin lui a dit de mettre de la glace sur son épaule; c'est ce qu'il a fait sans trop de succès. Le lendemain de son retour en Suisse, il a consulté car ça n'allait pas. Il a eu plusieurs infiltrations et a fait de la physiothérapie, ce qui lui a permis de reprendre son activité de mécanicien. Toutefois, le mercredi 26 février 2014, il a quitté le travail et est rentré à la maison tellement il avait mal. Il est toujours à la maison et va appeler le Dr V. _____ aujourd'hui.

Il me parle dans ses antécédants (sic) d'un accident en 2007 ([...]). A l'époque, il me dit qu'il n'y avait pas eu d'opération car il était trop jeune et encore en croissance. Lui indique qu'à l'époque, il y avait eu plusieurs examens spécialisés (IRM entre autre) de faits, ainsi qu'une consultation c/o le Dr H. _____ (neurologue) et qu'aucune lésions (sic) orthopédique ou autre n'avait été mise en évidence. L'évolution avait été favorable.

Le Dr V. _____ lui a dit que l'intervention actuelle à faire consisterait à enlever quelques millimètres de muscles ou tendons (ne sait pas trop) qui se frottent et c'est cela qui provoquerait la douleur. Ensuite, il pourrait reprendre son activité de mécanicien sans problème semble-t-il.

Lors de son téléphone au Dr V. _____, il va également lui demander d'expliquer l'intervention prévue et le pourquoi de cette intervention. A noter qu'il était très étonné que son employeur n'ait annoncé le cas qu'en décembre 2013. ».

La CNA a à nouveau soumis le cas de l'assuré au Dr B. _____ afin de déterminer si l'opération prévue était due de façon au moins

probable à l'accident du 16 août 2013. Ce praticien a indiqué ce qui suit le 24 avril 2014 :

« Svp IRM et rapport de l'IRM du 06.09.2013 dont parle le Dr V._____ dans sa lettre du 14.01.2014. A noter que dans cette lettre le Dr V._____ dit: Il s'agit d'un patient de 23 ans, qui présente des douleurs de l'épaule droite antérieure, sans notion claire de traumatisme. Selon ce que dit le Dr V._____ de l'IRM du 06.09.2013, il y aurait une lésion consécutive d'une luxation d[e] l'épaule (une lésion de type Alpsa). Y a-t-il eu épisode de luxation? La déclaration d'accident du 11.12.2013 en fait mention, mais aucun document médical n'en parle!

Pour le sinistre [...], le patient avait déjà eu le 17.10.2007 une IRM de l'épaule D qui aurait montré des lésions tendineuses multiples avec probable lésion de la coiffe des rotateurs (lettre du Dr H._____ du 27.05.2008), mais IRM interprétée de la façon suivante par le Dr P._____ : "L'IRM ne montre à mon avis pas de lésion de la coiffe des rotateurs. Il n'y a pas d'œdème osseux ni de trouble dégénératif acromio[-]claviculaire ou gléno-huméral"

Svp IRM et rapport de l'IRM du 17.10.2007 ».

Le 1^{er} mai 2014, l'assuré a été opéré par le Dr V._____, l'intervention consistant en une « acromioplastie, synovectomie sous-acromiale, résection du centimètre distal de la clavicule, suture de la coiffe des rotateurs par voie arthroscopique épaule droite ». Le protocole opératoire mentionnait le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire droite résistant au traitement conservateur et de lésion de la face superficielle partielle du sus-épineux de l'épaule droite.

Le 19 mai 2014, l'assuré a transmis à la CNA les documents suivants :

- un rapport relatif à des radiographies de ses épaules droite et gauche établi le 5 septembre 2013 par la Dresse Q._____, spécialiste en radiologie, faisant état d'un épisode de luxation de l'épaule droite en 2007 et de douleurs de l'épaule droite après beach-volley, selon lequel elle n'a pas relevé d'anomalie de l'articulation gléno-humérale (en particulier pas d'amincissement de l'espace articulaire ni de remodellement osseux), ni de déformation de la glène suspecte de séquelles de fracture, ni de remodellement acromio-claviculaire, ni de calcifications péri-articulaires ;

- un rapport d'arthro-IRM de son épaule droite établi le 6 septembre 2013 par la Dresse Q._____, qui a formulé la conclusion suivante :

« Tendinopathie des tendons sus-épineux et dans une moindre mesure sous-scapulaire sans déchirure. Pas de diminution de la trophicité des muscles.

Déchirure et remaniement cicatriciel de l'ensemble du labrum antérieur débutant à midi et se prolongeant jusqu'à 6h00. Antéro-inférieurement la lésion du labrum prend l'aspect d'une lésion de type ALPSA. Déformation du récessus articulaire inférieur et évoquant une déchirure du ligament gléno-huméral inférieur.

Discrète irrégularité de la surface antéro-inférieure de la glène osseuse qui pourrait être en relation une lésion de type Bankart. Pas d'empreinte de Hill-Sachs. ».

Entendu dans les locaux lausannois de la CNA le 5 juin 2014, les déclarations de l'assuré ont été relatées comme suit dans un rapport daté du même jour, qu'il a lu et approuvé en y apposant sa signature :

« Activité précédente Se référer au rapport du 20.12.2007 dans le dossier [...] pour la période précédant le 31.8.2007.

A la suite de l'accident du 8.8.2007, je suis resté en incapacité de travail à 100 % jusqu'au 30.6.2008.

Mi-août 2008, j'ai commencé un nouvel apprentissage de mécanicien dans le garage [...] à [...]. Après 3 ans d'apprentissage et après avoir obtenu mon CFC [certificat fédéral de capacité], j'ai encore travaillé quelques mois dans ce garage, jusqu'à fin février 2012.

Activité Dès le 1.3.2012 j'ai été engagé chez F._____ SA à [...], comme mécanicien sur automobile.

Dans cette activité, je réalise donc tous type[s] de travaux de mécanique. Durant les périodes de changement de roues, il y a beaucoup à porter et des roues de gros 4x4 peuvent peser jusqu'à 65 kg par exemple. Sinon, il y a aussi les boîtes à vitesse qui sont lourdes aussi.

La plupart du temps, je travaille les bras en l'air sous les voitures levées par un lift.

Je n'ai pas d'autre activité rémunérée à part celle que je déploie à plein temps pour F._____ SA.

Faits Cas de base :

La semaine du 12 au 18.8.2013, je me trouvais en vacances dans ma famille à Palerme. Durant cette semaine, j'ai participais (sic) à un tournoi de beach-volley lors duquel je jouais 4 matchs par jour. J'ai joué normalement toute la semaine et faisant (sic) des plongeurs habituels dans ce sport pour attraper le ballon. Je tendais les bras en avant pour relancer le ballon. Toutes les parties se sont déroulées sans événement majeur au niveau de mon épaule droite. Je n'ai notamment pas subi de choc directement dans cette épaule.

Le 16.8.2013, après le match de final[e], j'ai commencé à ressentir des douleurs au niveau de cette épaule. Le lendemain matin, je n'arrivais carrément plus à la bouger. J'ai appliqué de la glace et de la pommade type « Sportusal ». Comme prévu, le dimanche j'ai pris l'avion pour rentrer en Suisse.

Dans mon souvenir, je suis allé pour la première fois chez mon médecin-traitant, le Dr [...], au Centre médical Z. _____ à [...], le lundi 19.8.2013. Dès ce moment, j'ai été mis en arrêt de travail à 100 %. Le médecin m'a aussi prescrit de la physiothérapie. J'ai commencé ce traitement fin août 2013 au Centre médical Z. _____.

Ensuite, début septembre, j'ai été adressé au Dr V. _____ à la clinique [...]. J'ai aussi passé une radiographie et une IRM.

J'ai poursuivi le traitement de physiothérapie et après 9 séances j'ai eu une première infiltration chez le Dr R. _____. J'ai encore fait quelques séances de physiothérapie.

Sans que mon problème d'épaule droite ne soit réglé, le Dr R. _____ m'a remis au travail au 4.11.2013 à 100 % car on ne savait pas qui devait prendre en charge mon cas. Par contre, je n'arrivais pas à tenir toute la semaine et j'avais souvent des absences d'un jour ou deux.

J'ai mis au courant mon employeur dès mon retour de vacances en août 2013 de mon problème d'épaule mais pour des raisons que j'ignore il n'a pas fait tout de suite le nécessaire pour annoncer mon cas à la Suva. Ce retard est donc dû uniquement à mon employeur. Vous m'informez que vous avez reçu la déclaration d'accident seulement le 11.12.2013.

Symptômes de pont :

Le traitement de physiothérapie a été interrompu mais par contre j'ai bénéficié d'infiltration[s]. Entre novembre et avril 2014, j'ai environ manqué 20 jours de travail car j'avais trop de douleurs à mon épaule et n'arrivais plus à porter du lourd.

J'ai donc revu le Dr V. _____ qui a décidé de m'opérer. Une première date avait été arrêté[e] en février si la Suva acceptait de la prendre [en] charge. Comme ce ne fut pas le cas, l'opération a été repoussée au 1.5.2014 et a été facturée en maladie. Une semaine avant l'opération, j'avais eu une infiltration qui m'a empêché de travail[er] toute une semaine.

Processus de Le 1.5.2014, j'ai donc été opéré par le Dr V. _____
au [...] guérison à [...]. J'y ai passé 2 nuits.

J'ai commencé tout de suite le traitement de physiothérapie à raison de 2 séances par semaine. Le physiothérapeute qui m'a été recommandé par le Dr V. _____ vient actuellement à domicile. Quand j'ai vraiment très mal, je dois prendre des Dafalgan.

A ce jour, j'ai encore beaucoup de douleurs dans cette épaule et n'ai qu'une mobilité réduite. Le prochain contrôle chez le Dr V. _____ est prévu le 11.6.2014.

Passé médical Je me suis très bien remis de l'accident du 8.8.2007 ([...]). Mes deux épaules allaient très bien et j'ai même pu reprendre des activités sportives comme le street hockey, le foot ou encore le fitness. De octobre 2008 où mon traitement c'était terminé pour cet accident jusqu'en août 2013, je n'ai plus de problème à l'épaule droite et n'ai plus eu besoin de consulter de médecin. ».

La CNA a soumis le protocole opératoire du 1^{er} mai 2014 et le compte-rendu des déclarations de l'assuré précitées au Dr [...], médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie, qui a exposé le 8 août 2014 qu'à son avis, il n'y avait pas d'accident dans ce cas, ni même d'événement assimilé à un accident, puisque l'intéressé avait commencé à souffrir de l'épaule après avoir fait du sport.

Par décision du 18 août 2014, la CNA a contesté rétrospectivement tout droit aux prestations en faveur de l'assuré dès lors qu'après avoir recueilli de nouveaux éléments, en particulier le rapport d'enquête du 5 juin 2014, elle a considéré que l'on n'était en présence ni d'un accident ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Elle a dès lors sollicité le remboursement des indemnités journalières et des frais de traitement acquittés par ses soins auprès de l'assureur perte de gain en cas de maladie et de l'assurance-maladie concernés.

Le 18 septembre 2014, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a précisé sa position le 11 février 2015, concluant à l'annulation de la décision, au constat de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre son état de santé et l'accident du 16 août 2013, ainsi qu'à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents. Il a requis à toutes fins utiles la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer si son état de santé actuel et sa capacité de travail y relative étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 16 août 2013. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport du 3 décembre 2014 du Dr V._____, rédigé en ces termes :

« Malheureusement, je ne peux affirmer que les lésions de M. S._____ sont certainement liées à l'accident ni probablement. On peut dire que possiblement elles sont liées à l'accident. ».

Par décision sur opposition du 17 février 2015, la CNA a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision du 18 août 2014. Elle a exposé qu'au vu des déclarations de l'assuré du 5 juin 2014, l'existence d'un accident faisait défaut dès lors qu'il avait indiqué avoir ressenti des douleurs après avoir joué au beach-volley pendant plusieurs jours, faisant des plongeurs habituels pour rattraper le ballon. Il n'y avait donc pas eu de facteur extérieur extraordinaire. Elle a ajouté que le Dr V._____ estimait que les lésions présentées étaient « possiblement » liées à l'accident, ce qui était insuffisant pour retenir un lien de causalité même si l'existence d'un accident devait être admise.

C. Par acte du 20 mars 2015, S._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au constat de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire.

Le 8 avril 2015, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 10 avril 2015, le juge instructeur a octroyé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 mars 2015, dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me [...].

Par décision du 18 mai 2015, le juge instructeur a relevé Me [...] de sa mission, désignant en remplacement Me Catherine Merényi.

Dans une écriture du 19 juin 2015, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a exposé que l'intimée ne pouvait pas revenir sur sa décision initiale de prendre en charge les suites de l'événement du 16 août 2013 dès lors que ses déclarations du 5 juin 2014 ne constituaient pas des faits nouveaux et qu'elles n'avaient pas été spontanées dans la mesure où elles constituaient des réponses à des questions dirigées de l'enquêteur. Indépendamment de la question de savoir si l'événement précité devait être qualifié d'accident, il a reproché à l'intimée de ne pas avoir investigué l'existence d'un lien de causalité entre son état de santé actuel et l'accident dont il avait été victime en 2007 dès lors qu'il pouvait s'agir d'une rechute ou d'une séquelle tardive. Il a notamment produit un rapport du 17 octobre 2007 de la Dresse [...], spécialiste en radiologie, relatif à une IRM de son épaule droite réalisée le même jour, concluant à une probable déchirure partielle intra-tendineuse du sus-épineux, à une suspicion de déchirure partielle du tendon sous-scapulaire et à des altérations de signal de la portion intra-articulaire du tendon du long-chef du biceps pouvant traduire une tendinopathie ou une déchirure partielle.

Dans sa réponse du 6 octobre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 17 février 2015. Elle a rappelé que l'événement du 16 août 2013 ne constituait pas un accident, de sorte qu'aucune prestation n'était due. Elle a également contesté l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du recourant et l'événement du 16 août 2013 ou l'accident de 2007, produisant à cet égard une appréciation orthopédique du 16 septembre 2015 du Dr

C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Division Médecine des assurances. Après avoir résumé l'ensemble des éléments médicaux concernant tant l'accident de 2007 que l'événement du 16 août 2013, ce praticien a discuté le cas en ces termes :

« Discussion

La notion d'accident, de par sa nature juridique, est une notion difficilement appréhendable par le médecin. Il s'agit en fait d'une notion peu intuitive qui -encore une fois du fait de sa nature juridique et ainsi [que] de sa définition variable suivant le système législatif considéré - n'a pas de valeur médico-scientifique.

Dans la littérature médicale et plus largement dans la pratique des soins au sens large, on distinguera les affections malades des affections traumatiques. Par traumatisme, on entendra une atteinte lésive ponctuelle en conséquence d'un facteur extérieur, rejoignant ainsi au moins partiellement la notion d'accident. En particulier concernant le système musculo-squelettique, existe médicalement également la notion de microtraumatismes. On entend par là l'effet de sollicitations répétées sur une structure, impropres à provoquer une lésion aiguë, mais suffisantes pour faire retenir *a posteriori* une atteinte lésive prématurée par rapport à une usure retenue "normale" en lien avec l'âge. Toujours plus particulièrement pour le système musculo-squelettique, les frontières entre des phénomènes dégénératifs "normaux" liés à l'âge, des phénomènes dégénératifs accélérés en conséquences de sollicitations exagérées (microtraumatismes) et des atteintes traumatiques ponctuelles vraies peut être particulièrement difficile à définir, même pour un spécialiste. La notion de lésion assimilée à un accident existante dans le système législatif suisse traduit en fait parfaitement cette difficulté à définir des frontières précises entre atteinte dégénérative, micro-traumatique et traumatique, au niveau du système musculo-squelettique notamment. Même si les notions précitées sont parfois difficiles à distinguer, la compilation des éléments d'anamnèse, de la clinique et de l'imagerie permet en principe de s'orienter valablement sur une étiologie plutôt qu'une autre.

C'est dans cette perspective et faisant pour l'heure abstraction de la présence ou non d'un accident le 16 août 2013 chez M. S._____ que je procéderai à l'analyse de son cas.

Puisqu'il est entre autre argumenté que les troubles présentés à partir du 16 août 2013 à l'épaule droite par M. S._____ pouvaient être dus à un précédent accident assuré Suva du 8 août 2007, je commencerai par procéder [à] l'analyse de cet accident reconnu et de ses suites, afin de savoir dans quelle mesure les troubles déclarés à partir du 16 août 2013 pourraient correspondre à une rechute de ce précédent accident.

Je procéderai ensuite à une analyse des troubles et des lésions mises en évidence dans les suites du sinistre déclaré du 18 août 2013, afin d'évaluer s'il existe des arguments pour une atteinte traumatique avérée qui aurait justifié l'intervention effectuée par le Dr V. _____ le 1^{er} mai 2014.

Si l'on se réfère au premier accident, consistant en une chute à vélomoteur, il a initialement fondamentalement été retenu comme diagnostic des dermabrasions multiples qui ont bénéficié de changements de pansement réguliers. On notera à ce propos que nonobstant un suivi de pratiquement deux semaines en Italie avant le retour en Suisse, aucune investigation n'a été effectuée. En particulier, il n'a été retenu aucune indication à effectuer des examens complémentaires au niveau de l'épaule gauche, articulation que l'assuré aurait luxée puis réduite. De plus, selon les informations transmises par M. S. _____, des investigations au niveau de l'épaule gauche (scan ou IRM ? aucun rapport ou document d'imagerie disponible à ce propos) n'auraient pas mis en évidence de lésions.

En l'absence de documentation et de stigmates mis en évidence sur des examens complémentaires, le diagnostic uniquement anamnestique de luxation de l'épaule gauche n'apparaît pas pouvoir être validé.

Concernant le coude gauche, il a été référé par le radiologue un status compatible après contusion de l'épitrôchlée et après fracture *in situ* de l'olécrâne. On notera toutefois que ces diagnostics n'ont pas été retenus par le Dr L. _____ qui a bien précisé dans un de ses rapports qu'aucune fracture n'avait été mise en évidence. En l'occurrence, je n'ai malheureusement pas pu visualiser l'examen IRM du coude alors effectué, puisque cet examen n'était pas disponible dans le dossier. Je rappellerai toutefois qu'au moment de l'accident, M. S. _____ était âgé à peine de dix-sept ans. Le descriptif fourni par le radiologue m'apparaît dans ce contexte compatible simplement avec des signes résiduels de croissance. En effet, la fusion du noyau d'ossification de la pointe olécrânienne a lieu en moyenne à l'âge de treize ans chez les filles et à l'âge de quinze ans chez les garçons. Dans ces conditions, même deux ans plus tard, il n'est pas rare de voir à l'IRM encore quelques travées résiduelles de l'ancienne ligne de croissance secondairement fusionnée.

Toujours est-il que soit au niveau de l'épaule gauche, soit au niveau du coude gauche, il n'y a pas d'arguments pour considérer un état séquellaire structurel notable en conséquence de l'accident du 8 août 2007.

Concernant l'épaule droite et sans exclure une traumatisation indirecte de cette articulation en conséquence de l'accident du 8 août 2007, vu la présence de dermabrasions également sur l'avant-bras droit, il est toutefois patent, sur [la] base de la documentation à disposition, que les troubles à l'épaule droite sont apparus secondairement, respectivement selon ce qui a été référé entre un et deux mois après l'accident, chez un sujet droitier, présentant alors des troubles fonctionnels modérés au membre supérieur gauche.

Déjà en considération de cette latence, un lien de causalité naturelle entre ces troubles à l'épaule droite et l'accident peine à être établi *a priori*. Quant à l'examen IRM qui aurait mis en évidence des lésions de la coiffe des rotateurs, on notera qu'il a en fait été retenu par le radiologue une anomalie de signal insertionnelle du tendon du muscle (sic) sous-scapulaire compatible avec une atteinte partielle et une anomalie de signal intratendineux du tendon du muscle sus-épineux, compatible avec une tendinopathie, respectivement des déchirures intratendineuses. En aucun cas il n'a été mis en évidence une quelconque solution de continuité, même partielle, au niveau d'un de ces tendons. On ajoutera ensuite que des anomalies de signal de cette nature sont à relativiser en cours de croissance, comme c'était encore le cas pour M. S. _____ à l'époque. On rappellera dans le même temps que le Dr P. _____ n'a retenu aucune lésion de la coiffe des rotateurs.

De ma propre lecture de l'examen - lequel est de qualité satisfaisante - j'ai noté, comme le radiologue, la présence d'une petite lame liquidienne au niveau de la bourse sous-deltaïdienne, compatible avec une bursite. Au point d'insertion du sous-scapulaire, on note une anomalie de signal [l] qui, selon moi, doit être considéré[e] de l'ordre du physiologique en phase de croissance. Il existe sinon en effet de discrètes altérations de signal dans la portion tendineuse longue de ce même muscle, anomalie de signal qui pose le diagnostic différentiel d'artéfact lié à la lame liquidienne sous-acromiale ou de phase hypervasculaire en cours de croissance. Il est à noter qu'également sur cette IRM (et j'y reviendrai), on retrouve une image superposable à celle visible sur l'IRM de 2013 et interprétée comme une lésion ALPSA, toutefois plus difficilement visible en l'absence de contraste intra-articulaire. Le radiologue a par ailleurs signalé un petit îlot osseux corticalisé banal à la portion inférieure de la glène, interprétation qui correspond en effet au diagnostic différentiel d'une lésion du labrum, l'intensité IRM des deux structures (os et labrum) étant similaire.

À toutes fins utiles, on rappellera que chez l'enfant et l'adulte jeune, or traumatisme pénétrant direct, les lésions tendineuses au niveau de l'épaule sont rares pour ne pas dire exceptionnelles. À la place, on retrouve classiquement des arrachements de l'insertion osseuse des tendons (fractures insertionnelles ou parcellaires). D'autre part, on peut retenir comme improbable, à l'âge de l'assuré au moment de l'accident, que celui-ci présentât des lésions d'aspect dégénératif.

En fait, dans les suites de l'accident du 8 août 2007, le diagnostic qui apparaît le plus probant est celui qu'a retenu finalement le Dr W. _____, à savoir celui de conflit antérieur, ce qui signifie en d'autres mots un trouble fonctionnel qui peut survenir dans des situations pathologiques (hyper-laxité constitutionnelle ou laxité pathologique post-traumatique) mais qui peut survenir dans un contexte jugé physiologique en conséquence d'une dysbalance musculaire. Ces dysbalances sont préférentiellement retrouvées chez des sportifs effectuant des mouvements répétitifs des épaules en sollicitant préférentiellement par exemple la portion postérieure du sus-épineux et le muscle infra-épineux, par rapport à la portion antérieure du sus-épineux et le muscle sous-scapulaire, avec pour conséquence une tendance à l'excentration de la tête humérale

antérieurement. S'il n'existe pas une laxité pathologique de l'épaule, ces troubles peuvent être normalement résolus par adaptation des entraînements sportifs et par physiothérapie. Ces dysbalances, respectivement ces microtraumatismes dans le cadre de l'activité sportive, sont réputés être source de tendinopathie et une cause possible à la longue de dégénérescence de la coiffe des rotateurs, quand bien même le facteur qui reste le mieux corrélé avec ce type d'altérations soit l'âge.

Même dans la mesure où on admettrait un lien de causalité entre les troubles à l'épaule droite et l'accident du 8 août 2007, en l'absence de lésion traumatique avérée, il n'y a pas lieu de considérer un état séquellaire à ce niveau chez M. S. _____ en conséquence de cet accident.

Il m'apparaît toutefois difficile de considérer un *status quo sine*, dans la mesure où sur [la] base des examens d'imagerie, de l'anamnèse initiale et des diagnostics ensuite retenus, je retiens l'absence de lien de causalité naturelle probable entre les troubles à l'épaule droite et l'accident du 8 août 2007. On rappellera à ce propos qu'à l'époque aucune analyse de causalité d'un point de vue médical n'avait été effectuée au sein de la Suva et que ces troubles avaient été simplement pris en charge sur décision administrative.

On rappellera également que ce sont ces mêmes troubles d'allure franchement fonctionnelle et entraînant une limitation extrêmement discrète en considération des éléments cliniques fournis, qui avaient justifiés une incapacité de travail complète jusqu'au 10 juin 2008, ceci dans une profession n'apparaissant pourtant pas plus demandeuse physiquement que celle pratiquée actuellement.

Pour autant toutefois qu'on ait admis une causalité entre l'accident du 8 août 2007 et les troubles à l'épaule droite, on peut retenir ainsi qu'un *status quo ante* (*ante* dans le sens où aucune lésion structurelle antécédente n'a été mise en évidence) était certainement largement atteint lorsqu'avait été préconisé la reprise du travail.

De plus, on rappellera que M. S. _____ a déclaré n'avoir plus eu aucun trouble ni à l'épaule droite, ni à l'épaule gauche dans les suites de cet accident et qu'il avait pu reprendre des activités sportives extrêmement variées.

En l'absence d'éléments pouvant faire considérer que les troubles survenus à l'épaule droite à partir du 16 août 2013 chez M. S. _____ correspondent à une récurrence du 8 août 2007, on s'intéressera maintenant à savoir à quoi on peut attribuer ces mêmes troubles.

Quant aux circonstances référées, on peut faire, en tant que traumatologue, les remarques suivantes :

Premièrement, il n'apparaît pas qu'il y ait eu un traumatisme conséquent durant les parties de beach-volley, par exemple un traumatisme qui aurait empêché l'assuré de continuer à jouer. Il est toutefois évident qu'en pratiquant du beach-volley, on peut se procurer diverses blessures, en particulier durant des plonges. D'un autre côté, la nature du terrain empêche en règle générale des blessures graves.

Si aucun événement traumatique important n'a été référé, on soulignera en revanche que c'est à la fin du tournoi (partie finale) que l'assuré s'est plaint de douleurs à l'épaule droite, soit au terme de cinq jours de compétition à raison de quatre parties par jour. Or, il n'y a pas besoin, je pense, d'être grand connaisseur de beach-volley, pour se représenter de quelle manière peut être sollicitée l'épaule droite chez un droitier lors de la pratique de ce sport. En termes communs, on retiendra que M. S. _____ a probablement "un peu forcé" avec son épaule droite durant ce tournoi de beach-volley, surtout qu'il n'apparaît pas que ce soit un sport qu'il pratique habituellement. Relativement aux plaintes, celles-ci rappellent du reste celles dont se plaignait M. S. _____ dans les suites de l'accident du 8 août 2007.

Si l'on se réfère aux conclusions du Dr V. _____, l'origine des douleurs était avant tout à chercher au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, ceci car l'infiltration de cette articulation avait par deux fois apporté un soulagement complet des troubles. Au niveau de cette articulation, il n'a pas été mis en évidence d'atteinte ligamentaire pouvant signer un antécédent traumatique expliquant une souffrance à ce niveau. Il est toutefois clair qu'un éventuel antécédent d'entorse de stade I, c'est-à-dire sans déchirure ligamentaire, ne pourrait être exclu.

Indépendamment d'antécédents traumatiques, l'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire est une affection fréquente. Déjà en 1949, De Palma décrivait qu'on pouvait constater une arthrose de cette articulation dès la troisième décennie. Needell & al. ont quant à eux mis en évidence dans un collectif de 100 sujets asymptomatiques une incidence d'arthrose de 39 % dans la classe d'âge entre 19 et 39 ans et de 89 % dans le groupe âgé de plus de 40 ans. Cette arthrose est à telle (sic) point fréquente et en principe asymptomatique que lorsqu'il existe hors contexte traumatique une souffrance au niveau de cette articulation, il est nécessaire d'évoquer également des diagnostics plus rares comme des arthropathies microcristallines (chondrocalcinose, goutte) ou des affections arthritiques systémiques (polyarthrite rhumatoïde) mais également des arthrites septiques etc.

En l'occurrence, l'intensité des symptômes n'apparaît pas reliée à la gravité de la dégénérescence arthrosique (cf. Pennington & al.). Chez M. S. _____, il semblait qu'il n'y avait pas d'autres causes que l'arthrose à évoquer, en considération d'une intensité modérée de la symptomatologie et en l'absence de signes parlant pour une instabilité de cette articulation. Si les troubles peuvent donc être corrélés avec une arthrose acromio-claviculaire d'apparence modérée sur l'imagerie, un lien de causalité avec un antécédent traumatique ne peut être établi de manière probable. L'indication principale à l'intervention arthroscopique effectuée par le Dr V. _____ étant principalement la résection distale de la clavicule, cette intervention n'apparaît ainsi pas à charge de la Suva pour d'éventuelles suites accidentelles.

Reste que d'autres diagnostics ont été retenus et nécessitent ainsi une analyse complémentaire.

Tout d'abord, le Dr V. _____ a décrit une lésion partielle du sus-épineux. Pour la description fournie, il s'agit très classiquement d'une usure superficielle du tendon, laquelle peut éventuellement être corrélée avec le type d'activité sportive pratiquée (en particulier street-hockey et fitness) ou être en lien avec la dysbalance musculaire évoquée. En revanche, pour la localisation et la morphologie décrites, cette lésion n'apparaît absolument pas d'aspect traumatique, puisqu'elle correspond à un simple effrangement dans l'épaisseur du tendon, qui plus est de nature superficielle. Il ne s'agit donc pas ni d'une déchirure tendineuse dans le sens d'une interruption ponctuelle des fibres, ni d'une désinsertion, comme on peut les retrouver dans des contextes traumatiques.

Au demeurant et fait abstraction du fait que la lésion décrite n'évoque pas une atteinte traumatique pour son aspect, on ne saurait, en considération des données anamnestiques, à quel évènement particulier référer cette atteinte tendineuse.

D'autre part, il a été évoqué une lésion type ALPSA, sur [la] base de l'examen arthro-IRM du 5 septembre 2013. Sans entrer dans des détails fastidieux pour le profane, une telle lésion correspond en fait à une atteinte du labrum qui se décolle ensemble avec la capsule et le périoste antérieur de l'omoplate auquel il est attaché (cf. description originelle de Neviaser en 1993). Sur les coupes d'imagerie transverses, on peut ainsi distinguer le périoste décollé auquel reste attaché le labrum en avant de la glène. On retrouve typiquement ces lésions du labrum en conséquence d'une luxation. Toutefois, contrairement à ce qui a pu être affirmé ci et là, il n'existe chez M. S. _____ aucun élément probant pouvant faire considérer un antécédent de luxation scapulo-humérale à droite. De plus, durant l'arthroscopie (*gold standard* diagnostique), cette lésion diagnostiquée sur base IRM n'a pas été retrouvée, respectivement a pu être infirmée.

En résumé il n'existait lors de l'arthroscopie de l'épaule droite effectuée chez M. S. _____, aucun diagnostic devant faire évoquer de manière probable une circonstance post-traumatique, quel qu'en fût son mode ou son moment de survenue.

Sur [la] base des éléments à disposition, les troubles présentés par M. S. _____ à l'épaule droite à partir du 16 août 2013 étaient de nature strictement malade, éventuellement dans un contexte de surcharge en lien avec les activités sportives.

Conclusions

Sur [la] base des éléments à disposition, il n'y a pas lieu de retenir chez M. S. _____ une atteinte traumatique structurelle à l'épaule droite, que ce soit en conséquence de l'accident du 8 août 2007 ou dans les suites de l'évènement déclaré du 16 août 2013.

Partant, les troubles présentés à partir du 16 août 2013 par M. S. _____ à son épaule droite étaient de nature malade. ».

Par réplique du 22 février 2016, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a produit un rapport du 10 décembre 2015 du Dr V. _____,

qui a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par le conseil de l'intéressé :

« 1. [Le Dr. C. _____ intervenu pour le compte de SUVA et dont l'appréciation est jointe au présent courrier, propose de retenir comme diagnostic celui de « *conflit antérieur, ce qui signifie en d'autres motifs un trouble fonctionnel qui peut survenir dans des situations pathologiques (hyperlaxité constitutionnelle ou laxité pathologique post-traumatique) mais qui peut survenir dans un contexte jugé physiologique en conséquence d'une dysbalance musculaire* » (rapport page 11, 3^{ème} para[graphie]).

Je vous prie de me faire savoir si cette dysbalance musculaire peut survenir chez un jeune homme de 17 ans en l'absence d'activité sportive intense.]

Oui, cette dysbalance peut survenir chez des patients jeunes, en l'absence d'activité sportive. Ceci peut déclencher des douleurs dans la vie quotidienne. Cependant, la chirurgie n'a pas traité cet aspect et uniquement les lésions d'arthrose acromio-claviculaire et lésion coiffe des rotateurs, [et] a quasi complètement (sic) soulagé le patient. Donc ce n'est pas le conflit antérieur qui est à l'origine des douleurs du patient.

2. [Le Dr. C. _____ exclut tout lien de causalité naturelle probable entre les troubles à l'épaule droite et l'accident du 8 août 2007 (rapport, p. 11, dernier paragraphe).

Je vous prie de me faire connaître votre détermination y relative.]

Ceci n'est pas du tout sûr, car l'arthrose acromio-claviculaire peut avoir été la conséquence d'une lésion sous-estimée en 2007 telle qu'une contusion acromio-claviculaire ou une luxation acromio-claviculaire st.I [stade I] par exemple passée inaperçue.

3. [Le Dr. C. _____ exclut également toute récurrence du 8 août 2007 au motif que Monsieur S. _____ n'a plus eu aucun trouble à l'épaule droite jusqu'en 2013 et à la reprise de ses activités sportives (rapport p. 12, 2^{ème} para[graphie]).

Je vous prie de me faire savoir si cette argumentation est fondée.]

Non, on peut typiquement avoir une période asymptomatique après un traumatisme acromio-claviculaire avant que l'inflammation reparte dans le contexte d'une arthrose des années après.

4. [Le Dr. C. _____ n'exclut pas d'antécédents d'entorse de stade I, c'est-à-dire sans déchirure ligamentaire, mais déclare qu'il n'a pas été mis en évidence d'atteinte ligamentaire pouvant signer un antécédent traumatique (rapport p. 12, avant-dernier para[graphie]).

Je vous prie de me faire connaître votre détermination y relative.]

Ceci n'est pas certain non plus. Typiquement, une luxation stade I est parfois difficile à mettre en évidence ainsi qu'une contusion

acromio-claviculaire voire même une lésion cartilagineuse acromio-claviculaire.

5. [Le Dr. C. _____ vient ensuite expliquer que l'arthrose acromi[o]-claviculaire d'apparence modérée sur l'imagerie, ne permet pas d'établir un lien de causalité avec un antécédent traumatique de manière probable (rapport p. 12, avant-dernier para[graphe]).

Je vous prie de me faire connaître votre détermination y relative.]

Il base son argument sur l'étude de Needell qui met en évidence dans 39% une arthrose acromio-claviculaire dans la classe d'âge 19-39 ans (période de 20 ans !). Cependant, je fais remarquer que cette étude ne précise pas le taux d'arthrose dans le groupe 19-23 ans (âge du patient) le taux est certainement très inférieur aux 39% car on voit cela effectivement plus souvent dès 30 ans. Aussi cette étude ne précise pas si dans le groupe qui présentait l'arthrose il n'y aurait pas une notion de traumatisme ancien de l'épaule qui pourrait expliquer cette arthrose. Effectivement, on ne peut affirmer que c'est probable mais que c'est certainement tout à fait possible. L'argument en faveur est un traumatisme à 17 ans, donc chez un patient très jeune, qui s'est manifesté quelques années plus tard à l'âge de 23 ans (cas de M. S. _____).

6. [Le Dr. C. _____ invoque le fait que votre intervention arthroscopique consistait principalement en la résection distale de a (sic) la clavicule de sorte qu'elle n'apparaîtrait pas à la charge de SUVA (rapport p. 13, para[graphe] 3).

Je vous remercie de m'indiquer ce qu'il en est.]

Effectivement, il y a eu la chirurgie acromio-claviculaire mais aussi une lésion de la coiffe des rotateurs, notamment une instabilité du tendon du long chef du biceps qu'on appelle une lésion de l'intervalle des rotateurs typiquement post-accidentelle à cet âge.

7. [Enfin, le Dr. C. _____ développe sa propre analyse des causes probables qui ont rendues votre intervention nécessaire (rapport p. 13, avant dernier-para[graphe]).

Je reste dans l'attente de votre détermination y relative.]

Le Dr C. _____ n'explique pas la lésion de la coiffe des rotateurs sous l'aspect de lésion de l'intervalle des rotateurs avec instabilité du biceps.

Je précise aussi que le patient est actuellement asymptomatique, donc la chirurgie a été un succès en ciblant uniquement les lésions citées et non la dysbalance et le conflit antérieur évoqué sous no 1. ».

Dans sa duplique du 28 avril 2016, l'intimée a confirmé ses conclusions et a produit une appréciation orthopédique du 26 avril 2016 du Dr C. _____, qui a discuté le cas ainsi :

« Discussion

Des questions de Me Merényi et des réponses du Dr V._____, ressortent deux diagnostics, à savoir celui d'arthrose acromio-claviculaire (AC) et celui de lésion de l'intervalle des rotateurs (IdR).

Afin de mieux comprendre les arguments du Dr V._____ et mes remarques subséquentes à ce propos, un rappel de quelques éléments médico-scientifiques complémentaires à ceux exposés dans ma précédente appréciation m'apparaît indiqué.

Éléments d'anatomie de l'épaule:

(...)

Éléments de physiopathologie de l'épaule:

(...)

Les pathologies de l'IdR:

Ces quelques notions théoriques rappelées nous amènent plus spécifiquement au cas de M. S._____ et à un de ses problèmes plus particulier, à savoir la lésion de l'intervalle des rotateurs (IdR) considérée par le Dr V._____ dans son dernier rapport.

(...)

Lésion de l'IdR chez M. S._____:

Ces éléments de physiopathologie rappelés, je m'étonne quand même du diagnostic maintenant avancé par le Dr V._____, à savoir une lésion de l'intervalle des rotateurs, dans le sens d'une instabilité du LCB [long chef du biceps], selon lui typiquement post-traumatique à l'âge de l'assuré, ceci alors que dans son rapport opératoire, il ne mentionnait aucune instabilité du LCB, mais seulement une petite synovite péri-tendineuse. D'autre part, le Dr V._____ a également référé une complète intégrité des ligaments gléno-huméraux supérieur et moyen. Quant à l'instabilité, elle était considérée en présence d'un ligament gléno-huméral inférieur (sans rapport direct avec l'IdR), lequel ne montrait pas un status après déchirure, mais apparaissait seulement distendu, selon le descriptif à disposition.

Le diagnostic ainsi évoqué par le Dr V._____ de lésion de l'IdR n'apparaît nullement pouvoir être corroboré par le descriptif arthroscopique qu'il a lui-même établi et la lésion évoquée maintenant au niveau de l'IdR, pour sa nature isolée et aspécifique (instabilité postulée du LCB) apparaît sans restriction compatible sur [la] base de la littérature scientifique avec un contexte microtraumatique, respectivement avec des sollicitations marquées comme lors de la pratique de certains sports spécifiques. Barile & al. ont par exemple mis en évidence chez des athlètes pratiquant des sports de balle à main (basketball, volleyball, etc.) ou des sports de lancer ("overhead athlete") et chez qui le diagnostic de conflit

antérieur était cliniquement retenu [pour] des lésions isolées de la poulie bicipitale par arthro-IRM, comme suspecté maintenant par le Dr V. _____ chez M. S. _____.

D'autre part et en considération des précisions scientifiques apportées, la lésion du tendon du supra-épineux déjà discutée dans ma précédente appréciation apparaît typique d'une lésion extrinsèque, dans un contexte de conflit sous-acromial, appelé également *impingement*, ou parfois conflit antérieur.

Le nouveau diagnostic retenu par le Dr V. _____ de lésion de l'IdR ayant été discuté, on s'intéressera maintenant à l'articulation AC (AAC) qui me donnera à mon tour l'occasion d'évoquer un nouveau diagnostic.

Éléments de physiopathologie de l'AAC:

(...)

Lésion de l'AAC chez M. S. _____ :

Selon le rapport du Dr V. _____, M. S. _____ aurait présenté en conséquence de l'accident de 2007 une entorse AC qui aurait évolué vers une arthrose, laquelle à la longue serait devenue symptomatique, posant l'indication à la résection distale de la clavicule effectuée. Un argument en faveur de cette théorie est la constatation d'une arthrose chez un patient de vingt-trois ans.

Cette prise de position appelle plusieurs remarques.

Premièrement, d'un point de vue scientifique, si un rapport entre les antécédents d'entorse ou de luxation AC et le développement d'arthrose est souvent postulé, il n'existe pas à ma connaissance d'études prospectives bien conduites ou rétrospectives larges permettant d'établir de manière tranchée une augmentation d'arthrose AC en relation avec des antécédents traumatiques ligamentaires au niveau de l'AAC.

Établir un tel rapport est ensuite difficile pour au moins deux raisons. Premièrement, le taux d'arthrose étant toutes étiologies confondues important dans la population générale et ceci déjà de manière précoce, il est difficile d'établir une prévalence pour des circonstances spécifiques. Deuxièmement, si dans les entorses de stade I et II, il existe des symptômes aigus immédiats, ceux-ci peuvent être fugaces et ainsi ne plus être souvenus au moment de la constatation d'une arthrose.

Dans les stades III non stabilisés chirurgicalement ensuite, la perte complète de contact entre les surfaces articulaires acromiales et claviculaires fait qu'il n'y a pas de développement arthrosique. En fait, c'est uniquement dans les stades III à VI traités chirurgicalement qu'on peut constater à long terme des atteintes arthrosiques que l'on considérera post-traumatiques, même si encore une fois, même en l'absence de lésion traumatique, cette articulation présente souvent une arthrose.

Chez M. S._____, comme je l'ai rappelé dans ma précédente appréciation, il n'existe pas d'arguments pour une atteinte aiguë à l'épaule droite dans les suites immédiates du 8 août 2007. Or, si typiquement une entorse de stade I (voire même II) est compatible avec une normalité de l'appareil ligamentaire à l'inspection IRM ou arthroscopique après guérison de la phase aiguë (sic), la symptomatologie est classiquement immédiate et va ensuite [en] s'amenuisant. Comme on se le rappellera, chez M. S._____, les troubles à l'épaule droite sont clairement survenus secondairement, ce qui parle contre la possibilité d'une entorse AC de stade I ou II, un stade III même ancien pouvant être formellement exclu sur base de la documentation d'imagerie à disposition.

Certes, la constatation d'une arthrose chez M S._____ a (sic) son âge est plutôt inhabituelle mais l'âge en lui seul ne saurait être un critère causal décisif, ni dans un sens, ni dans l'autre.

De plus, la constatation d'une arthrose n'est encore une fois pas un argument suffisant pour évoquer une genèse traumatique, car en plus des arthroses retenues idiopathiques, on retrouve dans la littérature médicale des indices pour un risque augmenté d'arthrose AC en lien avec certaines activités. Hagemann & al. ont par exemple constaté chez les adeptes du kayak de longue distance un taux marqué d'hypertrophie et de déformation de l'AAC.

D'autre part et souvent en rapport avec la pratique sportive, il y a lieu d'évoquer une autre pathologie, à savoir l'ostéolyse distale de la clavicule (ODC). Si l'ODC décrite originellement en 1936 par Dupas & al. peut être constatée dans les suites d'une fracture distale de la clavicule, donc dans un contexte traumatique, la même pathologie est également décrite en l'absence de traumatisme mais chez des sujets exerçant d'importantes contraintes sur l'AAC, typiquement les haltérophiles ou les bodybuilders (cf. Shyamsundar & Pimpalnerkar).

Il s'agit probablement d'un équivalent de fracture de fatigue, possiblement en lien avec des troubles vasculaires en conséquence des microtraumatismes (cf. Schwarzkopf & al.). D'un point de vue clinique, il existe une douleur palpatoire importante au niveau de la clavicule distale ou de l'AAC. D'un point de vue de l'imagerie, on note radiologiquement éventuellement une fragmentation osseuse (érosions ou séquestres osseux, respectivement irrégularités de l'extrémité distale de la clavicule) et sur l'IRM, on note un œdème et on peut retrouver les fragmentations déjà évoquées dans les examens radiologiques conventionnels. À la différence d'une arthrose activée, seul le versant claviculaire de l'articulation présente des altérations.

En réexaminant les images de M. S._____, les examens radiologiques conventionnels apparaissent sans particularité pour les AAC droite et gauche. Sur l'arthro-IRM en revanche, on note au niveau de la clavicule distale une irrégularité sans érosion franche mais avec malgré tout un petit îlot de fragmentation (séquestre) ainsi qu'un œdème distal de la clavicule assez discret, tandis qu'il n'existe pas d'altération de signal au niveau acromial. En d'autres termes, les images parlent autant voire plus pour une ODC que pour une arthrose activée. L'ODC d'étiologie traumatique se développant dans les semaines ou mois suivant le traumatisme, chez M.

S._____, un rapport de causalité naturelle entre ce diagnostic postulé d'ODC sur base de l'examen arthro-IRM du 5 septembre 2013 et l'accident du 8 août 2007 est exclu. En considération des données anamnestiques faisant mention d'un assuré sportif très actif, une ODC d'origine atraumatique, respectivement d'origine microtraumatique apparaît en revanche beaucoup plus probable.

Considérant sinon le diagnostic - à mon avis moins étayé - d'arthrose AC, un rapport de causalité avec des antécédents traumatiques n'apparaît que possible sur base théorique et il apparaît improbable dans le cas spécifique de M. S._____ en considération des données anamnestiques primaires.

Conclusions

Le rapport complémentaire du Dr V._____ en date du 10 décembre 2015 (réponses à un questionnaire établi par Me Merényi) n'apporte pas d'éléments médicaux susceptibles de remettre en question les conclusions de ma précédente appréciation.

En particulier les diagnostics d'antécédents d'entorse acromio-claviculaire de stade I selon Tossy/Rockwood et de lésion de l'intervalle des rotateurs n'apparaissent pas pouvoir être confirmés sur base des éléments objectifs à disposition. ».

Par écriture du 31 août 2016, le recourant a confirmé ses conclusions et a produit un rapport du Dr V._____ du 30 août 2016, exposant ce qui suit :

« Le Dr C._____ n'exclue (sic) en rien l'arthrose acromio-claviculaire et évoque en page 8 « les images parlent autant voire plus pour une ODC que pour une arthrose active ».

L'ODC, ou ostéolyse claviculaire distale est très rare se trouve essentiellement chez l'haltérophile ou le bodybuilder (weightlifter). M. S._____ n'est ni l'un, ni l'autre et il n'y a qu'à voir sa physionomie !

Donc ce diagnostic très rare ne tient pas. Le DR C._____ évoque qu'il n'y a pas de liens entre l'arthrose acromio-claviculaire et les traumatismes. C'est faux : CF. chirurg 2008 Dec ; 79 (12) : 1169-78. (voir copie Abstract ci-joint).

Il met par ailleurs en doute le diagnostic de syndrome de l'intervalle des rotateurs page 5/10. Une « simple synovite » a été décrite dans le rapport opératoire autour du tendon du long chef du biceps. Il n'y a « aucune » raison d'avoir une inflammation autour du biceps dans une épaule normale.

Donc, une synovite autour du tendon du biceps sur le protocole opératoire est compatible avec une instabilité du tendon du biceps débutant= syndrome de l'intervalle des rotateurs.

En cas de polémique, je suggère une expertise auprès d'un chirurgien de l'épaule neutre, tel que le Dr [...] à [...] ».

Le 22 septembre 2016, l'intimée a confirmé ses conclusions et a produit une appréciation orthopédique du Dr C. _____ datée du même jour, qui a discuté le cas en ces termes :

« Discussion

Le rapport du Dr V. _____ en date du 30 août 2016 adressé à Me Merényi, défenderesse des intérêts de l'assuré dans le présent litige avec la Suva, n'apportant pas d'éléments médicaux spécifiques nouveaux quant à son patient mais uniquement une interprétation autre des mêmes faits à disposition, ledit rapport n'apparaît pas a priori susceptible de remettre en question mes précédentes conclusions.

Puisque toutefois quelques affirmations énoncées par mon confrère dans ce rapport m'apparaissent des contrevérités en considération des connaissances médicales basées sur la littérature scientifique actuelle, je me permettrai quelques remarques complémentaires.

Le Dr V. _____ écrit tout d'abord que je n'ai pas formellement nié le diagnostic d'arthrose AC mais que j'ai simplement écrit que sur [la] base de l'imagerie, le diagnostic d'ostéolyse distale de la clavicule (ODC) m'apparaissait plus probable qu'une arthrose active. Cette affirmation est en effet tout à fait conforme à ma pensée et je laisse encore une fois le lecteur de la présente se référer à ma précédente appréciation pour se remémorer les éléments qui m'ont fait retenir plus plausible le diagnostic d'ODC que celui d'arthrose AC active (ou activée).

Mon confrère écrit ensuite que le diagnostic d'ODC est très rare et se retrouve essentiellement chez les haltérophiles ou les bodybildeurs, précisant que ce n'était pas le cas de son patient et ajoutant même à ce propos : "*il n'y a qu'à voir sa physionomie !*".

S'il a en effet été décrit initialement cette pathologie d'ODC de manière prévalente chez des sportifs pratiquant d'importants efforts de soulèvement avec les épaules et s'il a été initialement décrit l'ODC sur monotraumatisme, cette pathologie est actuellement constatée - ceci probablement en raison du recours plus fréquent aux investigations IRM - dans des conditions variées d'activités sportives et présente très clairement un pic d'incidence chez les sujets jeunes (entre 15 et 30 ans). Hormis le fait que pour un individu donné dans une situation spécifique la rareté d'une affection ne permette certainement pas d'en exclure son diagnostic, la rareté postulée par le Dr V. _____ de l'ODC n'est certainement pas en accord avec les données de la littérature médicale actuelle. Roedl & al. reportent dans leur article scientifique paru en 2015 après l'étude rétrospective de 1432 IRM consécutives de l'épaule chez des sujets de 13 à 19 ans, une incidence de 6,5 % d'ODC. Si ensuite la pratique d'un sport sollicitant les épaules ou impliquant une élévation de celle-ci au-dessus de l'horizontale (basket-ball,

volley-ball, natation, etc.), est statistiquement reliée avec une augmentation de l'incidence de la pathologie, il ne s'agit pas d'un facteur obligatoire pour développer une ODC.

Toujours dans cette étude, il est ensuite intéressant de noter qu'au suivi à deux ans, il était diagnostiqué 71 % d'arthrose AC, encore une fois pour une population d'âge variant initialement entre 13 et 19 ans.

En résumé et en complément de ce que j'avais donc déjà dit dans ma précédente appréciation, l'ODC n'est pas une pathologie rare, elle peut être favorisée par la pratique de certains sports, elle affecte plus particulièrement des sujets jeunes, respectivement des sujets de l'âge de M. S. _____, et dans au moins deux tiers des cas, on constate à moyen terme une arthrose.

J'ai sinon été étonné de la remarque du Dr V. _____ quant à la constitution physique de son patient, rappelant d'une part qu'il apparaît clairement dans les actes que celui-ci a pratiqué des sports augmentant le risque d'ODC (beach-volley et fitness) et d'autre part qu'il n'est nul besoin d'avoir une constitution de colosse pour pratiquer certains sports, signalant à ce sujet que la catégorie de poids inférieure chez les seniors en haltérophilie est de 56 kg à <62 kg et que les records mondiaux de cette catégorie sont de 139 kg à l'arraché et de 171 kg à l'épaulé-jeté.

Finalement je soulignerai encore que si le Dr V. _____ conteste la possibilité d'un diagnostic d'ODC chez son patient en invoquant la rareté de la pathologie et sa survenue dans des conditions particulières, il ne se prononce en revanche pas sur son cas spécifique, en particulier il n'explique pas pourquoi ce diagnostic serait à rejeter sur base de l'examen IRM et pourquoi il faudrait retenir de manière plus probable sur cette même base d'imagerie une arthrose AC "post-traumatique" (cf. toujours mon appréciation précédente à ce propos).

Le Dr V. _____ écrit ensuite que mon affirmation selon laquelle un lien de causalité naturelle entre antécédents traumatiques et arthrose AC ne pouvait être établi de manière probante est fautive, se référant à cet effet à une publication de Loitz & al. datant de 2008, intitulée "*Trauma and degeneration of the acromioclavicular joint*" (titre original : "*Verletzungen und Erkrankungen des Akromioclaviculargelenkes*").

En l'occurrence et comme cela est plus évident dans le titre allemand, cet article parle simplement des lésions traumatiques et des maladies de l'AAC, mais il n'établit pas de manière affirmée un lien de causalité naturel[le] probable entre la présence d'une arthrose AC et des antécédents traumatiques. Les auteurs concluent simplement à la possibilité de ce lien de causalité entre une arthrose AC et des antécédents traumatiques, sans toutefois aucune étude scientifique à l'appui de cette affirmation. Les auteurs écrivent ainsi : "*Bei Schmerzsyndromen können Überbelastungen in der Vorgeschichte bestehen. Klassische Risikokandidaten sind Kraftsportler mit Osteolysen der lateralen Klavikula (...). Frühere Stürze auf die Schulter können Ursache einer posttraumatischen Arthrose sein. Gleichzeitig muss jedoch auch immer an eine 7 posttraumatische Instabilität gedacht werden.*". Ils écrivent également : "*Eine Arthrose des Schultergelenkes (NdR : autre terme pour l'AAC) entsteht häufig ohne erkennbare Ursache, oftmals*

gibt es jedoch Unfälle in der Vorgeschichte oder Überbelastungen durch Arbeit und Sport.". On notera ainsi de manière piquante que dans l'article cité pour référence par le Dr V._____, il est signalé en premier lieu le diagnostic l'ODC comme cause possible de troubles de l'AAC, nonobstant son "*extrême rareté*".

J'ai en l'occurrence déjà expliqué dans ma précédente appréciation les raisons pour lesquelles il apparaîtrait difficile d'établir de manière affirmée l'influence de traumatismes antécédents comme cause d'arthrose AC, ceci en raison de l'importante prévalence de cette pathologie (dans la plupart des cas de manière asymptomatique), y compris dans une population jeune. Si l'on se réfère aux travaux toujours reconnus de De Palma, l'arthrose AC apparaît correspondre à l'histoire naturelle de cette articulation dès que la croissance est terminée. A l'appui de cette affirmation, De Palma a démontré que la structure ménisçoïde présente au sein de l'articulation dans sa forme physiologique (mais de manière complète uniquement chez 10 % des sujets, tandis qu'elle est absente chez 20 % et vestigiale chez 30 % des sujets) montre rapidement des signes d'involution et disparaît complètement après l'âge de 40 ans. D'un point de vue physiopathologique, on considère que l'involution de cette structure ménisçoïde intra[-]articulaire doit jouer un rôle non négligeable sur le développement secondaire d'une arthrose AC. Si l'on se réfère à des études récentes basées sur l'étude d'examens IRM, l'incidence globale d'arthrose AC dans une population asymptomatique varierait de 48 à 82 % (Needell & al., Stein & al.).

Pour comparaison, selon un article de 2008 de Brenn et Faron dans la Revue médicale suisse, la prévalence annuelle de lésions traumatiques de l'AC (entorses ou luxations, respectivement lésions type Rockwood I à VI) est de 3 à 4/ 100'000 sujets/an. Ainsi, sans encore une fois nier la possibilité que des antécédents traumatiques puissent être une cause d'arthrose AC, en considération de cette prévalence, même en prenant un risque cumulé sur toute une vie et en admettant a priori un lien de causalité établi entre une lésion AC traumatique et une arthrose AC, cette étiologie expliquerait seulement une infime partie des cas d'arthrose constatés. Comme déjà dit précédemment et au risque de me répéter, la présence d'une arthrose AC, même chez un sujet jeune, ne signifie absolument pas qu'il faille invoquer pour sa genèse un quelconque élément traumatique antécédent. En revanche, il est possible que des études complémentaires sur l'ODC puissent faire considérer ce diagnostic comme un facteur de risque non négligeable de dégénération arthrosique de l'AAC, quand bien même les connaissances actuelles ne permettant (sic) pas de transformer ce postulat en affirmation étayée. J'ajouterai in fine que l'AAC est également assez souvent affectée par des maladies systémiques rhumatismales et que de nombreux cas d'arthrites septiques sont répertoriés dans la littérature scientifique (par ex. Hashemi-Sadraei & al.).

Relativement ensuite au diagnostic de lésion de l'intervalle des rotateurs (IdR), dont j'avais dans ma précédente appréciation contesté l'entité, ceci en l'absence de lésion de la poulie ou d'instabilité bicipitale clairement référées, le Dr V._____ écrit que le biceps présentait une synovite et que puisque la présence d'une synovite du tendon du long chef du biceps (LCB) n'était pas une constatation relevant du physiologique, il fallait retenir que cette synovite fût en rapport avec une instabilité du LCB débutante,

respectivement ainsi en rapport avec une lésion de l'intervalle des rotateurs.

Si je m'accorde sans restriction avec mon confrère pour retenir qu'une synovite du LCB correspond à une situation pathologique au niveau de l'articulation scapulo-humérale et si on peut en effet considérer la possibilité dans ce contexte d'une lésion de l'IdR, je signalerai dans le même temps qu'une synovite du LCB n'est ni spécifique, ni pathognomonique d'une lésion de l'IdR et que cette seule constatation apparaît ainsi insuffisante de manière isolée pour retenir ce diagnostic, mais surtout pour déduire de ce diagnostic postulé ou *incipiens* une genèse traumatique, puisqu'aussi bien et comme expliqué dans ma précédente appréciation, une telle pathologie est de plus en plus fréquemment diagnostiquée dans un contexte de surcharge chronique chez des sportifs, en conséquence de microtraumatismes répétés, respectivement en conséquence de l'hypersollicitation lié[e] à la pratique sportive.

Encore une fois, en l'absence de lésions traumatiques avérées dans les suites des sinistres déclarés et en présence de diagnostics avérés ou postulés résultant de manière prévalente d'hypersollicitations plutôt que de monotraumatismes, il n'apparaît pas possible, selon les critères de vraisemblance prépondérante, d'établir un lien de causalité naturel probable entre les troubles présentés par M. S. _____ à l'épaule droite et les sinistres déclarés à la Suva.

Conclusion

Le rapport du Dr V. _____ en date du 30 août adressé à Me Merényi n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de remettre en question mes conclusions précédentes et, partant, les conclusions médicales du Service d'agence. ».

Dans une écriture du 17 octobre 2016, l'assuré a contesté l'argumentation du Dr C. _____ et a relevé qu'une expertise médicale s'imposait.

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 (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui

du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 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).

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

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

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 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; ATF 122 V 34 consid. 2a et les références citées).

Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (TF 9C_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1 et les références citées).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la révocation de la communication du 21 février 2014 prononcée par l'intimée le 18 août 2014 et confirmée sur opposition le 17 février 2015, le recourant estimant que les conditions d'une telle démarche ne seraient pas réunies.

Le recourant conteste en outre la négation de son droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 16 août 2013 et la qualification de cet événement par l'intimée, soutenant qu'il s'agit d'un accident.

Pour le cas où l'événement du 16 août 2013 ne serait pas reconnu comme un accident, l'intéressé reproche au surplus à l'intimée de ne pas avoir examiné la question de savoir si les troubles présentés après cet événement sont des conséquences d'un accident antérieur, survenu le 8 août 2007, qui avait alors été pris en charge par cet assureur.

Il convient de relever à cet égard que la décision sur opposition entreprise statue exclusivement sur le bien-fondé de la révocation de la communication du 21 février 2014 décidée le 18 août 2014 et confirme dans ce cadre que l'intimée n'avait pas à intervenir pour les suites de l'événement du 16 août 2013 qui ne remplirait pas les conditions pour être qualifié d'accident. L'acte litigieux ne détermine donc pas si les troubles présentés dès cette date devraient être considérés comme des séquelles de l'accident du 8 août 2007, le recourant n'ayant invoqué cette possibilité que dans son acte de recours du 20 mars 2015.

Cela étant, il y a lieu de considérer que les conditions auxquelles un élargissement du procès à cette question est admissible sont réalisées en l'espèce. En effet, la question d'éventuelles séquelles de l'accident du 8 août 2007, qui n'a jamais fait l'objet d'une décision entrée en force, est en l'état d'être jugée dès lors que les parties ont produit des éléments médicaux examinant cette problématique et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (*cf. infra* consid. 9 et 10). Il existe un état de fait commun entre cette question et l'événement du 16 août 2013 et ses suites dès lors qu'il s'agit dans ces deux contextes de douleurs à l'épaule droite avec des plaintes similaires. Enfin, l'intimée s'est prononcée sur cette question dans un acte de procédure au moins et les droits procéduraux des parties ont été respectés dès lors que dans le cadre de l'échange d'écritures, chacune d'elle a eu l'occasion de produire des pièces médicales et de faire valoir sa position à cet égard, puis de se déterminer sur les éléments produits par la partie adverse.

Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, aucune carence d'instruction sur cette question avant la décision sur opposition litigieuse ne saurait être reprochée à l'intimée, dès lors que l'intéressé n'a invoqué la possibilité d'une rechute ou de séquelles tardives de l'accident du 8 août 2007 que dans son acte de recours. Quoiqu'il en soit, l'intimée a instruit cette problématique en instance de recours en la soumettant au Dr C._____, qui a établi trois appréciations orthopédiques y relatives produites dans le cadre de l'échange d'écritures et sur lesquelles l'intéressé a eu l'occasion de se déterminer. Il a en outre participé à cette instruction en produisant des avis médicaux.

c) Au vu de ce qui précède, il s'agira dans un premier temps de déterminer si l'intimée était en droit de procéder à la révocation de la prise en charge des frais des traitements et du versement des indemnités journalières, assumés initialement selon communication du 21 février 2014. Dans ce contexte, il conviendra d'analyser si l'événement du 16 août 2013 réunit les conditions pour être qualifié d'accident,

respectivement si l'on est en présence de lésions assimilables à un accident. Si tel n'est pas le cas, il y aura lieu d'apprécier l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives de l'accident du 8 août 2007.

3. Sur le fond, il convient d'exposer les règles afférentes à la reconsidération des décisions entrées en force, soit celles consacrées par l'art. 53 al. 2 LPGA, dont a fait usage l'intimée par décision du 18 août 2014 et décision sur opposition du 17 février 2015 en confondant cette possibilité avec celle de l'art. 53 al. 1 LPGA qui a trait à la révision dite « procédurale ».

a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force.

Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts

ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4.1 et les références citées).

b) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 393 ; TFA U 98/04 du 12 août 2004).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c ; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc).

c) On rappellera enfin qu'aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. L'art. 49 al. 3 LPGA précise par ailleurs que les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties.

d) En l'espèce, si la communication du 21 février 2014 ne correspond certes pas formellement à la notion de décision au sens de l'art. 49 LPGA précité, en ce sens qu'elle ne contient pas de voies de droit, il n'en demeure pas moins qu'elle en a les caractéristiques dans la mesure où elle a prononcé la prise en charge du cas d'assurance prétendument

survenu le 16 août 2013 et qu'elle a fixé les prestations assumées par l'intimée (frais de traitement et indemnités journalières). Il apparaît de toute manière que la notification d'une décision formelle ne s'imposait pas, vu que les prestations versées correspondaient à la demande du recourant.

Quoi qu'il soit, étant considéré que la communication du 21 février 2014 a la valeur d'une décision, il ne fait pas de doute que cet acte est susceptible de reconsidération. Faute de demande de décision formelle émanant du recourant dans un délai raisonnable, on peut en effet constater que ladite communication a déployé ses effets, vu les montants pris en charge par l'intimée, et qu'elle est de fait « entrée en force » sans contestation subséquente.

Par ailleurs, on se doit de constater que la rectification de la communication du 21 février 2014 revêt une « importance notable », ainsi que l'impose l'art. 53 al. 2 LPGA, dans la mesure où elle a conditionné la prise en charge du cas par l'intimée.

Reste à déterminer si la communication en cause était « manifestement erronée » au sens de la disposition précitée, ce qui impose d'examiner s'il incombait ou non à l'intimée de servir des prestations du fait de l'événement du 16 août 2013.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

a) Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : 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 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 les références citées ; ATF 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

b) Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, Bâle/Genève/Munich 2007, p. 859 n° 66). 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 134 V 72 consid. 4.3.1 et la référence citée ; TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé »). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admis, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les références citées). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 *in fine* ; RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). 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 (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références citées).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on ajoutera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4). De jurisprudence constante, en présence de déclarations contradictoires de l'assuré sur le déroulement de l'accident, il convient de se rapporter à la maxime qui veut que les déclarations spontanées, dites de la « première heure », sont plus naturelles et authentiques que des représentations ultérieures qui, consciemment ou inconsciemment, peuvent être influencées par des considérations de droit des assurances ou autres. Lorsque l'assuré modifie sa version des faits au fil du temps, les déclarations qu'il a faites peu après l'accident sont le plus souvent plus importantes que celles qu'il a faites après avoir pris connaissance de la décision de refus de l'assurance (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références citées ; TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2 ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4).

c) S'agissant des accidents survenus dans l'exercice d'un sport, le Tribunal fédéral a considéré à diverses reprises que l'existence d'un événement accidentel devait être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 925 n° 100). En d'autres termes, dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un événement particulier (ATF 130 V 117 consid. 2.2 et les références citées ; TFA U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3.3).

d) 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 (TF 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 857 n° 59).

Le critère de la soudaineté détermine donc un cadre temporel, alors que la jurisprudence n'a, jusqu'à maintenant, pas fixé de durée minimale. Il faut et il suffit que l'atteinte survienne soudainement et revête un caractère unique (ATF 140 V 220 consid. 5.1 ; TF 8C_39/2014 du 12 novembre 2014 consid. 4.2 ; TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 6 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich/Bâle/Genève 2009, nn. 13 ss *ad art.* 4 LPGA ; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Zurich/Bâle/Genève 2012, p. 51).

5. En l'espèce, les différentes informations transmises à l'intimée concernant le déroulement de l'événement du 16 août 2013 ne contenaient pas toutes les mêmes précisions. La déclaration de sinistre du 11 décembre 2013 décrivait cet événement en ce sens que le recourant s'était « blessé lors d'une partie de beach-volley » et précisait comme blessure une luxation de l'épaule droite. Dans des certificats des 26 décembre 2013 et 28 janvier 2014, le Centre médical Z._____ relatait une chute sur l'épaule droite au volley pendant les vacances, respectivement une chute sur épaule au volley. Aux termes du questionnaire du 10 février 2014, l'intéressé a indiqué que suite à une chute, il était tombé sur l'épaule droite, relevant que personne n'avait été témoin de l'événement. Lors d'un entretien téléphonique du 3 mars 2014, il a expliqué qu'en jouant au beach-volley, il était tombé plusieurs fois sur son épaule droite. Entendu le 5 juin 2014, le recourant a expliqué en détail le contexte de la survenue de ses douleurs. Il a exposé avoir participé à un tournoi de beach-volley se déroulant sur une semaine, lors duquel il a joué 4 matchs par jour, et a précisé avoir « joué normalement toute la semaine » en « faisant des plongeurs habituels dans ce sport pour attraper le ballon », relevant que toutes les parties s'étaient déroulées « sans événement majeur au niveau de [son] épaule droite » et qu'il n'avait « notamment pas subi de choc directement dans cette épaule ». Il

a finalement relaté avoir commencé à ressentir des douleurs au niveau de son épaule droite après la finale du tournoi.

Au vu de la description précise de l'événement du 16 août 2013 faite par le recourant le 5 juin 2014, il y a lieu de considérer, à l'instar de l'intimée, que cet événement ne constitue pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA. En effet, un facteur extraordinaire excédant, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier d'habituels dans le contexte de la pratique du beach-volley fait défaut. L'intéressé a joué durant toute une semaine et plusieurs fois par jour au beach-volley en faisant des plongeurs habituels dans ce sport pour attraper le ballon, sans qu'un événement particulier ne survienne ou qu'il ne subisse un choc direct sur son épaule droite. Ainsi, le déroulement naturel du mouvement consistant à faire un plongeur les bras en avant pour relancer le ballon n'a pas été influencé par un phénomène extérieur. Cette description précise de l'événement fait d'ailleurs écho aux observations médicales, notamment celle du Dr V. _____ du 14 janvier 2014 qui relevait des douleurs à l'épaule droite antérieure sans notion claire de traumatisme. En outre, la condition du caractère soudain de l'atteinte à la santé n'apparaît pas réalisée dès lors qu'elle ne peut être rattachée à un événement unique puisque les douleurs sont apparues après la finale du tournoi, au terme d'une semaine de compétition.

Le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte de ses premières déclarations selon lesquelles il avait chuté sur son épaule droite et d'avoir privilégié ses déclarations ultérieures du 5 juin 2014, lesquelles n'étaient pas spontanées et constituaient des réponses à des questions orientées.

Contrairement à ce que soutient l'intéressé, ses premières déclarations, soit celles figurant sur la déclaration de sinistre du 11 décembre 2013, ne faisaient pas mention d'une chute sur l'épaule droite. Seule une blessure (luxation) de l'épaule droite lors d'une partie de beach-volley a été évoquée. La notion de chute sur cette épaule n'est intervenue

qu'ultérieurement, soit dans les certificats établis par le Centre médical Z._____ et dans le questionnaire du 10 février 2014. En outre, la jurisprudence dite des « premières déclarations » à laquelle l'intéressé fait référence ne lui est d'aucun secours. En effet, cette règle commande de privilégier les déclarations faites peu après l'accident au détriment de celles faites après avoir pris connaissance de la décision de refus de l'assureur dès lors que, consciemment ou inconsciemment, les déclarations ultérieures peuvent être influencées par des considérations de droit des assurances. Or, les déclarations précisées du recourant sont intervenues après que l'intimée lui a communiqué qu'elle lui allouait des prestations des suites de l'événement litigieux. L'intéressé ne pouvait ainsi être, consciemment ou inconsciemment, influencé par des considérations de droit des assurances dès lors que sa demande de prise en charge avait été acceptée. Il y a également lieu de relever que ses déclarations antérieures au 5 juin 2014 sont contradictoires et doivent être appréhendées avec réserve dès lors qu'il a indiqué dans le questionnaire du 10 février 2014 qu'il était tombé sur son épaule droite sans que personne ne soit témoin de cet événement, ce qui paraît totalement invraisemblable dans le mesure où il participait à un tournoi de beach-volley.

Par ailleurs, au vu des informations variables obtenues, il ne saurait être reproché à l'intimée d'avoir posé des questions ciblées au recourant lorsqu'il a été entendu le 5 juin 2014. Dès lors que l'intéressé a lu et approuvé ses déclarations en signant leur compte-rendu, il y a lieu de considérer qu'elles correspondaient bien à ce qu'il voulait déclarer.

Il s'ensuit que l'événement du 16 août 2013 ne peut être considéré comme un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

6. Il convient encore d'examiner le point de savoir si les conséquences de de l'événement précité peuvent correspondre à la notion de lésions corporelles assimilables à un accident.

a) Le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident (art. 6 al. 2 LAA). En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui prévoit que les lésions corporelles suivantes – dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) – sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire et pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs :

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

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 et les références citées ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées).

A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (*cf.* art. 4 LPGA) en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, 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 présentant 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 ; ATF 123 V 43 ; TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, au vu des diagnostics posés par les différents médecins et des conclusions des différents rapports d'IRM postérieurs à l'événement du 16 août 2013, force est de constater qu'aucune des situations exhaustivement prévues par l'art. 9 al. 2 OLAA n'est réalisée, ce que le recourant ne prétend d'ailleurs pas. Ce constat exclut d'emblée la prise en charge des suites de cet événement par l'intimée à l'aune de cette disposition.

7. Compte tenu de l'ensemble des éléments exposé ci-dessus aux considérants 5 et 6, il y a lieu de considérer qu'en l'absence de réalisation des conditions pour reconnaître l'existence d'un accident ou de lésions assimilables à un accident, la communication de prise en charge adressée par l'intimée le 21 février 2014 était « manifestement erronée » au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, de sorte que la décision du 18 août 2014, confirmée sur opposition le 17 février 2015, est en conséquence bien fondée à cet égard.

8. Reste à déterminer si les suites de l'événement du 16 août 2013 constituent une rechute ou des séquelles tardives de l'accident du 8 août 2007, singulièrement si ces suites sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec cet ancien accident.

a) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 ; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

b) S'agissant du 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 le droit des assurances sociales. 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 402 consid. 4.3.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés 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_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 865 n° 80) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). 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 (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être

considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

c) 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 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références citées).

d) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

9. En l'espèce, le 8 août 2007, le recourant a chuté en roulant avec son vélomoteur, annonçant s'être fracturé les 2 bras et le côté gauche. Environ un mois après cet accident, des douleurs au niveau de l'épaule droite sont apparues. Son état de santé a justifié une incapacité de travail totale jusqu'au 10 juin 2008. Le Dr W. _____ a indiqué que le traitement médical pour cette affection avait pris fin le 19 mai 2008. Le recourant a déclaré le 5 juin 2014 qu'il s'était très bien remis de son accident du 8 août 2007, que ses deux épaules allaient très bien et qu'il avait même pu reprendre des activités sportives comme le street hockey, le football ou le fitness, précisant que d'octobre 2008 à août 2013, il n'avait plus eu de problème à l'épaule droite et n'avait plus eu besoin de consulter de médecin. Dès le 16 août 2016, après avoir participé à plusieurs parties de beach-volley durant plusieurs jours d'affilée, l'intéressé a ressenti des douleurs au niveau de son épaule droite.

Les seuls médecins s'étant prononcés sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les douleurs à l'épaule droite apparues le 16 août 2016 et l'accident du 8 août 2007 est le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Division Médecine des assurances, dont les avis ont été discutés par le Dr V._____, au bénéfice de la même spécialisation, sur mandat du recourant.

Dans son appréciation orthopédique du 16 septembre 2015, le Dr C._____ a analysé l'ensemble des documents médicaux relatifs à l'accident du 8 août 2007. Il en a conclu que le diagnostic apparaissant le plus probant pour les douleurs à l'épaule droite apparues un mois après cet événement était celui de conflit antérieur de l'épaule droite, retenu à l'époque par le Dr W._____, soit un trouble fonctionnel qui pouvait survenir dans des situations pathologiques (hyper-laxité constitutionnelle ou laxité pathologique post-traumatique) mais aussi dans un contexte jugé physiologique en conséquence d'une dysbalance musculaire, dysbalance préférentiellement retrouvée chez des sportifs effectuant des mouvements répétitifs des épaules, précisant que ces dysbalances, respectivement ces microtraumatisme dans le cadre de l'activité sportive, étaient réputés être source de tendinopathie et une cause possible à la longue de dégénérescence de la coiffe des rotateurs. Il a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles développés à l'épaule droite à la suite de l'accident du 8 août 2007 et cet événement dès lors qu'il s'agissait de troubles apparus secondairement environ un mois après cet accident et qu'il n'y avait pas de lésion traumatique avérée. Il a exposé à cet égard que le rapport d'IRM du 17 octobre 2007 décrivait une anomalie de signal insertionnelle du tendon du muscle sous-scapulaire compatible avec une atteinte partielle et une anomalie de signal intra-tendineux du tendon du muscle sus-épineux compatible avec une tendinopathie, respectivement des déchirures intra-tendineuses, relevant qu'en aucun cas il n'avait été mis en évidence une solution de continuité, même partielle, au niveau d'un de ces tendons. Il a rappelé que le Dr P._____ n'avait retenu aucune lésion de la coiffe des rotateurs et a expliqué que l'anomalie de signal était liée à la phase de croissance du recourant, alors

âgé de 17 ans. Dès lors, pour autant qu'un lien de causalité entre les troubles à l'épaule droite survenus après l'accident du 8 août 2007 et cet événement soit admis, le Dr C._____ a retenu que le *statu quo ante* (*ante* dans le sens où aucune lésion structurelle n'avait été mise en évidence) avait été largement atteint lors de la reprise du travail le 10 juin 2008, rappelant que l'intéressé avait déclaré n'avoir plus eu aucun trouble à l'épaule droite dans les suites de cet accident et avoir pu reprendre des activités sportives extrêmement variées. Ainsi, selon ce praticien, qui a également apprécié l'ensemble des documents médicaux établis à la suite de l'événement du 16 août 2013, les troubles à l'épaule droite apparus à partir de cette date ne correspondent pas à une « récurrence » de l'accident du 8 août 2007, expliquant que ces troubles sont de nature malade, éventuellement dans un contexte de surcharge en lien avec les activités sportives. Dans son appréciation orthopédique du 26 avril 2016, le Dr C._____ a indiqué que l'arthro-IRM du 5 septembre 2013 démontrait une ostéolyse distale de la clavicule, excluant tout lien de causalité entre cette affection et l'accident du 8 août 2007 dès lors qu'une telle ostéolyse d'origine traumatique se développait dans les semaines ou mois suivant le traumatisme. Il a précisé que le diagnostic d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire était moins étayé que celui d'ostéolyse et qu'un rapport de causalité avec des antécédents traumatiques n'apparaissait que possible sur une base théorique et improbable dans le cas spécifique du recourant en considération des données anamnestiques primaires.

L'appréciation orthopédique précise et étayée du Dr C._____, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels précités (*cf. supra* consid. 8d), emporte la conviction de la Cour de céans. Les éléments avancés par le Dr V._____ dans ses rapports des 10 décembre 2015 et 30 août 2016 n'apportent aucun élément objectif susceptible de la remettre en cause. En effet, ce praticien nie le diagnostic de conflit antérieur retenu par le Dr C._____ en exposant que son intervention chirurgicale n'avait pas traité cet aspect, mais uniquement l'arthrose acromio-claviculaire et la lésion de la coiffe des rotateurs, et qu'elle avait « quasi complètement soulagé le patient ». Or ce raisonnement a posteriori est insuffisamment étayé pour mettre en doute celui du Dr

C._____. S'agissant de l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles à l'épaule droite et l'accident du 8 août 2007, le Dr V._____ a indiqué que cela n'était « pas du tout sûr » car l'arthrose acromio-claviculaire pouvait avoir été la conséquence d'une lésion sous-estimée en 2007, telle qu'une contusion acromio-claviculaire ou une luxation acromio-claviculaire. Une telle position, au demeurant non explicitée, ne traduit cependant qu'une simple possibilité et n'atteint pas le stade de la vraisemblance prépondérante. Il a contesté l'exclusion de toute récurrence de l'accident du 8 août 2007, expliquant que l'on pouvait typiquement avoir une période asymptomatique après un traumatisme acromio-claviculaire avant que l'inflammation ne reparte dans le contexte d'une arthrose des années après. Or, il s'agit d'une considération de nature théorique qu'il ne justifie pas de manière objective dans le cas particulier du recourant. Il en va de même concernant son appréciation selon laquelle il a nié le diagnostic d'ostéolyse distale de la clavicule dès lors qu'il se contente d'indiquer qu'un tel diagnostic est très rare et « ne tient pas ». Dans ces conditions, le recourant a échoué à établir, au degré élevé de vraisemblance prépondérante compte tenu du temps écoulé entre l'accident du 8 août 2007 et les troubles à l'épaule droite apparus le 16 août 2013, l'existence d'un lien de causalité entre ces troubles et ledit accident.

Compte tenu de ce qui vient d'être exposé, il convient de retenir, conformément à l'avis du Dr C._____, que les troubles à l'épaule droite du recourant survenus en août 2013 ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'accident du 8 août 2007 et apparaissent de nature malade. C'est donc à bon droit que l'intimée a nié toute prise en charge des troubles à l'épaule droite de l'intéressé.

10. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non

arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

11. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient finalement pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'occurrence, Me Merényi a produit une liste de ses opérations le 15 novembre 2016, faisant état d'un temps consacré au dossier de 21,9 heures ainsi que de débours d'un montant de 157 fr. 50. Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat. Le montant total de

l'indemnité d'office de Me Merényi s'élève dès lors à 4'427 fr. 45 ([21,9 heures x 180 fr.] + 157 fr. 50 + TVA 8%, arrondi).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (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,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 17 février 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** L'indemnité d'office de Me Catherine Merényi est arrêtée à 4'427 fr. 45 (quatre mille quatre cent vingt-sept francs et quarante-cinq centimes), TVA et débours compris.

- IV.** 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 mis à la charge de l'Etat.

- V.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Catherine Merényi (pour S. _____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :