

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat, à Lausanne

et

ZURICH ASSURANCES SA, à Zurich, intimée.

Art. 6, 10, 16 et 36 LAA ; art. 11 OLAA.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien né en 1972, a été engagé dès le 1^{er} mai 2000 en qualité d'agent de sécurité par H.A. _____ SA. Il est devenu directeur de H.B. _____ SA à compter _____ du 1^{er} août 2001.

A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de Zurich Assurances SA (ci-après également : l'intimée).

B. En date du 22 octobre 2000, il s'est luxé l'épaule droite dans les escaliers de son domicile en trébuchant et se retenant à la rampe de ces escaliers.

Il s'est rendu le même jour à l'Hôpital P. _____ et s'est vu prescrire un traitement de physiothérapie, sans être contraint d'interrompre son activité lucrative.

L'employeur de l'assuré a annoncé le sinistre à Zurich Assurances SA par dépôt d'une déclaration d'accident-bagatelle en date du 12 février 2001, tandis que les frais de traitement ont été assumés par cet assureur selon communication du 22 février 2001.

C. En octobre 2001, l'assuré a consulté son médecin traitant, le Dr N. _____, spécialiste en médecine du sport, qui a préconisé un arrêt total de travail dès le 6 novembre 2001.

A la demande de ce praticien, le Centre d'imagerie C. _____ a effectué une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite de l'assuré, le rapport corrélatif ayant été établi le 18 octobre 2001. Ses conclusions ont été libellées en ces termes :

« Indication : douleurs de l'épaule avec limitation fonctionnelle suspectant une lésion de la coiffe des rotateurs ou l'articulation scapulo-humérale. Antécédent d'un traumatisme et subluxation de l'épaule en 1998.

[...]

CONCLUSION :

Légère arthrose scapulo-humérale. Status post fracture du rebord glénoïdien postérieur, déchirure et lésion partielle du labrum postérieur avec légère subluxation postérieure de la tête de l'humérus et distension de la capsule articulaire. Epanchement articulaire modéré. Signes d'une tendinopathie et ténosynovite du tendon du long chef du biceps avec épanchement au niveau de sa gaine synoviale et une hétérogénéité de son insertion sur le bord supérieur du labrum pouvant correspondre à des séquelles d'une lésion partielle de l'insertion de ce tendon. Tendinopathie du tendon du sus-épineux et calcification de 5mm au niveau de la bourse sous-coracoïdienne pouvant correspondre à une souris articulaire et à une chondromalatosse synoviale. »

Une nouvelle déclaration d'accident, mentionnant une rechute de celui survenu le 22 octobre 2000, a été déposée auprès de Zurich Assurances SA le 8 novembre 2001.

Le Dr N. _____ a complété un rapport à l'attention de l'assureur précité le 27 novembre 2001, retenant les diagnostics de « déchirure du bourrelet glénoïdien inférieur et postérieur », « subluxation chronique partielle » et « arthrose scapulo-humérale » de l'épaule droite. Il a précisé que la complexité du cas avait imposé les examens de confrères spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie, à savoir les Dr L. _____ et Prof. D. _____, ce dernier étant actif au sein de la Clinique G. _____ à [...].

Le 29 novembre 2001, le Prof. D. _____ a communiqué son rapport d'examen à Zurich Assurances SA. Après avoir diagnostiqué une « omarthrose avancée à droite chez un sportif de force », il a mis en exergue les éléments suivants :

« [...] Anamnese

[...] Der Patient hat seit mehreren Jahren eigentlich Schmerzen in der rechten Schulter, welche ihn mehr oder weniger behindert haben und wegen welchen er etwa seit 1996 gelegentlich medizinische Hilfe beansprucht habe. Man habe ihm stets gesagt, dass dies kein Problem sei und dass er lediglich eine Übermüdung habe. Anlässlich einer Untersuchung im Oktober wegen eines

Unfall es als der Patient ausgeglichen war und er sich mit der Hand an einem Geländer hielt, hätten die Schmerzen sehr stark zugenommen. [...]

Beurteilung und Vorgehen

Leider leidet [der Versicherte] an einer fortgeschrittenen Omarthrose rechts deren Ursache nicht mit Sicherheit geklärt werden kann. Ob es sich um eine primäre Arthrose handelt, die durch die sehr heftige sportliche Tätigkeit verstärkt worden ist oder ob noch andere Faktoren eine Rolle spielen kann jetzt nicht mehr entschieden werden. Eine sehr ausgeprägte Dysplasie liegt nicht vor.

Therapeutisch bestehen aus meiner Sicht eigentlich praktisch nur zwei Möglichkeiten :

1. Entweder der Patient wartet ab bis er die jetzigen Schmerzen nicht mehr tolerieren kann oder
2. es muss eine Totalendoprothese rechts eingesetzt werden. [...] »

Le Dr N. _____ a fait parvenir un nouveau rapport médical à Zurich Assurances SA, daté du 18 février 2002, indiquant avoir prononcé une incapacité totale de travail du 6 novembre 2011 au 31 janvier 2012, tandis que son patient avait été adressé auprès du Prof. D. _____ dès le 1^{er} février 2012. Il a mentionné au titre de diagnostics une « luxation postérieure de l'épaule droite » et une « arthrose importante de l'épaule droite sur luxation chronique ».

Zurich Assurances SA s'est entretenue avec son médecin-conseil, _____ le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, le 28 février 2002. Celui-ci a relevé la lésion dégénérative importante de l'épaule droite, une prothèse s'avérant justifiée à cause de l'arthrose. Il a au surplus sollicité un rapport médical de l'Hôpital P. _____.

Le Dr N. _____ a signalé, par certificat parvenu à Zurich Assurances SA le 15 mars 2002, que son patient était atteint d'une « luxation postérieure de l'épaule droite » et avait présenté « par la suite une subluxation post-traumatique avec apparition progressive d'une arthrose, vu l'instabilité ».

Le rapport de l'Hôpital P. _____, daté du 18 avril 2002, est parvenu à Zurich Assurances SA le 8 mai 2002, le médecin concerné faisant mention d'un « claquage deltoïdien » constaté dans le cas de l'assuré le 22 octobre 2000.

A l'occasion d'un nouvel entretien du 16 mai 2002 avec le Dr T._____, Zurich Assurances SA a envisagé de refuser ses prestations à l'assuré, au motif que l'état de son épaule serait « sans rapport [avec] la chute d'octobre 2000 » et que « les lésions préexistantes se [seraient] aggravées sans événement extérieur ».

Cela étant, Zurich Assurances SA a décidé de mettre en œuvre une expertise de l'assuré, dont le mandat a été confié le 24 juin 2002 à la Dresse J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Celle-ci a communiqué son rapport le 26 août 2002, dont des extraits sont cités ci-après :

« [...] Patient très sportif, en bon état général, agent de sécurité de métier, pratiquant de nombreux sports (vélo, fitness, boxe), il se porte bien jusqu'en octobre 2000 où il tombe dans les escaliers, se retient à la rampe, entend un craquement sinistre et ressent de violentes douleurs à l'épaule droite.

Il consulte en urgence à l'Hôpital P._____. J'ai obtenu une copie du dossier ambulatoire où le diagnostic de claquage musculaire du deltoïde a été posé. Il n'y a eu aucune radiographie effectuée ce jour-là.

Depuis cette date, le patient présente des douleurs continues de son épaule droite. Au début les traitements antalgiques l'ont quelque peu aidé, il a continué à pratiquer tous ses sports car aucun diagnostic précis n'avait été posé. Près d'une année après l'accident, il consulte le Dr N._____ puis le Dr L._____ et enfin le Dr D._____, à ce moment-là il est alors diagnostiqué une fracture du bord postérieur de la glène et une arthrose de l'épaule.

[...]

Les radiographies de 2001 montrent une arthrose avec un gros ostéophyte de la tête humérale et l'IRM une lésion du bord postérieur de la glène avec des déchirures ligamentaires antérieures et une subluxation postérieure de la tête humérale.

J'ai donc posé le diagnostic d'arthrose sur fracture du bord postérieur de la glène et lésion du bourrelet antérieur.

[...]

4.1 Je pense qu'il est certain que les lésions constatées sont dues à l'accident d'octobre 2000, le patient ne s'étant jamais plaint de douleurs auparavant et ayant pu pratiquer les sports les plus violents, ainsi que son métier d'agent de sécurité sans aucun problème. Compte tenu de la gravité des lésions constatées en 2001, il est tout à fait vraisemblable que l'arthrose, qui est secondaire à ces lésions soit apparue en une année. Je n'ai malheureusement pas de document radiologique de l'an 2000 ou antérieur à l'accident qui pourrait confirmer cette certitude.

4.2 Il n'y a aucun facteur étranger qui influe l'état de santé.

4.3 Je pense qu'il faut considérer que les lésions de fracture du bord de la glène et de subluxation dues à l'accident d'octobre 2000 sont toujours présentes, n'ayant pas été soignées ; l'accident est entièrement responsable de la situation actuelle.

[...]

L'arthrose étant assez développée, il est fort probable que seule une prothèse de l'épaule pourrait aider efficacement notre patient.

Par ailleurs, je lui ai conseillé de s'adresser à un chirurgien-orthopédiste, formé en chirurgie de l'épaule, à savoir le Dr F. _____ à [...], qui sera à même de décider du traitement à proposer à [l'assuré]. [...] »

Compte tenu de ces éléments, Zurich Assurances SA a accepté la prise en charge des frais de traitement de l'assuré selon communication à son attention du 3 septembre 2002.

Néanmoins, cet assureur a sollicité des précisions auprès de la Dresse J. _____, plus particulièrement sa prise de position sur le rapport du Prof. D. _____, notamment quant à la date de survenance de l'atteinte. L'experte a exposé ce qui suit le 27 septembre 2002 en complément de son rapport d'expertise :

« [...] Le Professeur D. _____ était malade, fatigué, pressé, et la consultation s'est assez mal déroulée. Connaissant bien le Professeur D. _____ et sachant qu'il avait effectivement été malade à cette époque, je trouve que ceci est assez vraisemblable, [L'assuré] dit aussi que Monsieur D. _____ a vu les radiographies en premier, et avant d'interroger le malade il semblait avoir déjà eu une idée très précise de la situation. Vous pensez bien qu'en lisant le rapport de Monsieur D. _____ je me suis bien intéressée à ce problème d'anamnèse et que j'ai posé moult questions à [l'assuré]. Celui-ci a tout de même pratiqué tous ses sports favoris jusqu'au fameux accident de l'an 2000, ce qu'il n'aurait jamais pu faire avec une telle arthrose si elle avait pré-existé à cette chute. Je persiste donc dans mon opinion, que la pathologie actuelle est due à l'accident de l'an 2000 et non pas à un état antérieur. »

Suite à la suggestion de la Dresse J. _____, l'assuré a consulté _____ le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a communiqué un rapport à Zurich Assurances SA le 11 décembre 2002. Ce dernier a retenu le diagnostic d'une « omarthrose post-traumatique droite avec subluxation postérieure », précisant ne pas avoir proposé de traitement dans l'immédiat, tandis qu'une « arthroplastie prothétique » devrait vraisemblablement être envisagée « à moyen-long terme ».

Un second rapport faisant état des mêmes constats a été adressé par ce spécialiste à Zurich Assurances en date du 8 mai 2007.

D. Un nouvel épisode douloureux a contraint l'assuré à se rendre auprès de son médecin au début 2011. Il s'est soumis à cette occasion à une arthro-IRM de l'épaule droite, réalisée auprès de la Clinique Q. _____ le 4 janvier 2011. Le rapport corrélatif relate les conclusions suivantes :

« Omarthrose avec importante ostéophytose inférieure de la tête humérale. Déchirure postérieure du labrum (SLAP [réd : superior labrum from anterior to posterior] de type VIII). Chondrome ou ostéochondrome de 2cm dans la bourse sous-coracoïdienne. Pas de déchirure du tendon de la coiffe ni de trouble de la trophicité de ces muscles. »

L'assuré a annoncé cet événement au titre de rechute de l'accident du 22 octobre 2000 par téléphone à Zurich Assurances SA le 18 janvier 2011.

Son médecin traitant, le Dr M. _____ du Centre R. _____ a indiqué dans un rapport du 17 février 2011 que son patient souffrait d'une « arthrose très sévère de l'épaule droite » entraînant « une douleur importante et une impotence fonctionnelle » dans l'accomplissement de certains mouvements. Une « dégradation progressive » était susceptible de causer un dommage permanent.

Le 1^{er} juillet 2011, le Dr T. _____, en sa qualité de médecin-conseil de Zurich Assurances SA, a fait part de ses doutes quant au « mécanisme de l'accident », considérant qu'une « fracture du bord postérieur de la glène n'était pas possible en se retenant » sans une « luxation antérieure », « une arthrose de cette importance » ne pouvant à son sens se déclarer en une année. Il a rappelé que l'assuré avait subi des luxations en 1998 et suivi des traitements de son épaule dès 1996. Il en a déduit que Zurich Assurances SA n'aurait dû assumer les conséquences financières du cas sur « une période limitée dans le temps ».

Zurich Assurances SA a recueilli un second avis auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que spécialiste de l'épaule, le Dr K._____, lequel s'est exprimé en ces termes le 4 juillet 2011 :

« [...] Il s'agit d'un patient sportif « agressif » qui est traité depuis 1996 pour des douleurs son épaule droite causées par une omarthrose déjà décrite comme avancée en 2001. A mon avis, ces lésions sont manifestement de nature dégénérative et ne peuvent refléter que l'aboutissement d'un processus évoluant sur plusieurs années. Le statu quo sine de l'événement du 22.10.2000 a vraisemblablement été retrouvé au plus tard 3 mois, et le cas devrait être pris en charge par son assurance-maladie ou son ancien assureur LAA. [...] »

Zurich Assurances SA a mis en œuvre, par communication du 16 août 2011, une expertise de l'assuré auprès du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Un premier rendez-vous à cette fin n'a pas été honoré par l'assuré qui s'est toutefois présenté au second le 18 janvier 2012. En sus de l'examen clinique effectué à cette date, le Dr S._____ a fait procéder en parallèle à des investigations radiologiques. Dans ce contexte, la Clinique Q._____ a communiqué ses constats dans un rapport du 18 janvier 2012, à savoir :

« EPAULE DROITE EN ROTATION INTERNE / EXTERNE ET NEER / 18.01.2012 :

Importante omarthrose caractérisée par un pincement articulaire, une surélévation de la tête humérale par rapport à la cavité glénoïde. Le tout est accompagné d'un volumineux bec ostéophyttaire basi-cervical inférieur sur le versant huméral et de discrètes ostéophytoses sur la portion inférieure de la glène. Par ailleurs on note une déformation des contours de la tête humérale qui est aplatie et donc perte de sa sphéricité. On retrouve également une ostéophytose de la portion supérieure de la tête humérale avec probablement un conflit sous-acromial. Pas de calcification de la coiffe des rotateurs.

EPAULE GAUCHE :

Pas de trouble dégénératif gléno-huméral. Pas de calcification en surprojection de la coiffe des rotateurs. Espace sous-acromial préservé. Articulations acromio-claviculaires sans particularité. »

En outre, le Centre d'imagerie V._____ de [...] a fourni un rapport daté du 20 mars 2012 et libellé en ces termes :

« **ANGLES DE RETROVERSION GLENOÏDIENNE**

Omarthrose droite précoce.

Bras en position neutre le long du corps, séries d'acquisitions millimétriques en algorithme osseux avec reconstructions jointives 2D dans les trois plans.

Omarthrose sévère avec pincement articulaire inhomogène, remodelé réactionnel mixte scléro-géodique et large ostéophytose de l'articulation gléno-humérale droite contrastant avec une articulation gléno-humérale gauche en rapport avec l'âge. Les différentes mesures angulaires de rétroversion glénoïdienne des deux côtés sont directement rapportées sur les images du CD avec possibilité d'autres mesures angulaires et/ou de distances souhaitées sur ce dernier.

Du côté droit, l'angle de rétroversion glénoïdienne se situe dans une moyenne de 15°, la moyenne des angles étant de l'ordre de 6° à gauche (valeurs normales entre -4 et 10°). »

Compte tenu notamment de ces éléments d'imagerie, le Dr S. _____ a communiqué son rapport d'expertise définitif le 12 avril 2012, retenant au terme de l'anamnèse et de l'étude des pièces du dossier de l'assuré, les diagnostics suivants :

- Omarthrose droite sur rétroversion glénoïdienne exagérée.
- Tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (et vraisemblablement aussi du côté gauche).
- Status près de 12 ans après entorse bénigne puis contusion de l'épaule droite.

Il a fait part de son appréciation du cas comme suit :

« [...] L'essentiel de l'histoire de ce patient a été égayé plus haut.

A l'âge de 28 ans, [l'assuré] fut victime d'un traumatisme concernant son épaule droite, épaule considérée jusque-là comme asymptomatique (selon les dires du patient).

Il s'agissait manifestement d'une entorse en rétropulsion de l'épaule, à vrai dire de faible envergure (le patient précisant avoir rapidement lâché prise à la rampe d'escalier), suivie d'une contusion sur la face externe de cette même épaule.

Le premier bilan radiologique (qui n'a donc pas pu être localisé) n'aurait pas montré de fracture.

Le traitement fut symptomatique, basé sur le diagnostic de claquage deltoïdien.

Le patient a pu reprendre son travail (assez physique, malgré quelques aménagements le concernant) à très brève échéance.

A distance du traumatisme on a évoqué les diagnostics de :

- arthrose gléno-humérale sévère,
- status après luxation postérieure de l'épaule et,
- status après fracture de la glène postérieure avec lésion labrale.

La Dresse J. _____, qui a expertisé le patient 1 an après sa chute, a imputé l'arthrose en question à ladite chute, responsable donc d'une luxation et de la fracture.

Pourtant, aucun élément probant ressortant de l'anamnèse de ce patient n'évoque la notion de luxation survenue en octobre 2000. Certes, le patient s'est plaint de douleurs et d'une impotence fonctionnelle, qui fut cependant de relative faible envergure, ne l'empêchant donc pas de reprendre son travail. Ces éléments évoquent sans autre un contexte de contusion de l'épaule (qui peut aussi expliquer l'hématome transitoire autour de l'épaule, constaté dans les jours qui ont suivi).

En revanche, on a de la peine à rattacher ces mêmes éléments à la notion de luxation postérieure, passée inaperçue. Certes, la grande majorité des luxations postérieures sont manquées à la première consultation. Cependant, le diagnostic est très souvent redressé à court terme, la gêne fonctionnelle devenant rapidement conséquente.

En d'autres termes, il paraît improbable, si ce n'est pas hautement improbable, qu'un jeune patient ayant une articulation saine jusqu'au moment d'une luxation postérieure inaugurale de son épaule (couplée de surcroît à la fracture postérieure supputée de la glène), puisse reprendre une vie active, au point d'assumer un poste professionnel à responsabilité accrue, nécessitant une forme physique impeccable. Ceci même si, encore une fois, [l'assuré] avait fait quelques aménagements personnels.

Dès lors, il faut sérieusement se poser la question d'une omarthrose pré-existante, révélée par le traumatisme du 22 octobre 2000, en admettant tout au plus la notion d'une dégradation transitoire post-traumatique de ladite arthrose.

Une telle arthrose est cependant étonnante à cet étage, rarissime, exceptionnelle. En fait, l'omarthrose, quel que soit l'âge, est rare. Ceci en raison du fait que l'épaule n'est pas une articulation portante. De plus, elle n'est pas congruente, ce qui fait que les structures environnantes (muscles et tendons, ligaments) sont responsables de sa stabilité en tout temps. C'est ainsi qu'une surcharge de l'épaule touche en premier lieu ces structures molles.

L'omarthrose représente en réalité 2% des arthroses des grandes articulations du corps humain. Elle reflète quelques 4,6% de ceux qui consultent pour une douleur d'épaule. Il y a une prédisposition féminine, plutôt après l'âge de 50-60 ans.

On distingue les omarthroses secondaires des omarthroses primitives.

Les omarthroses secondaires font généralement suite à une fracture de la glène, ou encore de la tête humérale. L'instabilité de l'épaule est également un facteur important dans la genèse de troubles dégénératifs. La nécrose de la tête humérale, toute cause confondue (post-fracture ou idiopathique), est une cause plus rare. Enfin, toute arthropathie inflammatoire, métabolique, infectieuse, ou encore neurologique, peut être tenue pour responsable.

On appelle omarthrose primitive l'usure articulaire sans cause connue. En réalité, face à une telle entité, la recherche minutieuse d'une dysplasie doit être faite. On doit exclure une malposition (ou malrotation) de la glène, +/- une subluxation de la tête humérale, éventuellement associée à une lésion de la coiffe des rotateurs, plus particulièrement du sus-épineux (muscle à être mis en contribution en premier lors de la mobilisation de l'épaule, subissant par là-même une large part des contraintes).

Précisons encore qu'une arthrose primitive est aussi plus souvent liée au sexe féminin, souvent après 50 ans, parfois dans le cadre d'une polyarthrose. L'atteinte chez le sujet plus jeune doit en revanche obligatoirement faire rechercher des traumatismes sportifs, ou encore des traumatismes professionnels, répétés.

Chez [l'assuré], le sexe et l'âge ne correspondent pas aux critères précités. En revanche, la dysplasie de la glène est évidente (cf. CT-scanner récent), sous forme d'une rétroversion exagérée, associée donc à la classique subluxation de la tête humérale. Notons encore la tendinopathie (sans déchirure, du moins pour l'instant) du sus-épineux (cf. IRM 2011). On retient également le principe de traumatismes sportifs répétés, exagérés, ayant déjà, en son temps, attiré l'attention du Pr. D. _____.

Abordons également l'évolution usuelle de l'omarthrose dans le temps. Elle est souvent très lente, se constituant sur une période de plusieurs années. Elle s'associe à une symptomatologie douloureuse qui peut être variable, ainsi qu'à une raideur progressive. Après une usure des surfaces cartilagineuses, on assiste généralement à la formation d'ostéophytes, souvent inférieurs, puis à la déformation de l'une ou de l'autre structures osseuse.

La classification de Lawrence définit que l'atteinte articulaire et la formation ostéophyttaire représentent le stade II de la maladie (sur un total de 4 stades). L'association d'une déformation, par ex. de la tête humérale, représente le stade III.

Chez [l'assuré], le stade d'arthrose qui prévalait en 2001 (date de son diagnostic) était déjà le stade III (cf. radiographies et IRM du moment), reflet d'une pathologie de très longue date.

[...]

L'omarthrose rapidement évolutive est un processus en général non réversible, aboutissant à une impotence quasi-complète de l'épaule, posant alors l'indication à un geste chirurgical agressif (ex. prothèse) à court terme.

Une telle entité ne peut être retenue dans le cas de [l'assuré]. Si elle avait pu être suspectée en 2001 (en partant de l'hypothèse de la luxation, avec fracture du bord glénoïdien, compliquée d'une chondrolyse massive et d'un début de déformation de la tête humérale), cette suspicion s'estompe, voire s'efface, avec le temps, puisque 11 ans plus tard, on se trouve toujours au stade III de la maladie arthrosique (certes un peu plus avancée), élément qui exclut la notion d'une pathologie rapidement évolutive.

En définitive, sur la base des éléments recueillis, il semble hautement probable que, la chute survenue le 20 [recte : 22] octobre 2000 fut responsable d'une entorse bénigne, voire d'une contusion de l'épaule droite. Le traitement symptomatique y relatif a permis au patient de retrouver une fonction suffisante de son épaule afin qu'il retrouve rapidement son activité professionnelle.

A persisté une symptomatologie douloureuse qui peut sans autre être rattachée à l'omarthrose dont souffre et souffrait le patient, sans qu'on ait des éléments probants rendant compte d'une dégradation anatomique aiguë de cette arthrose.

C'est ainsi que le patient est resté plusieurs mois sans faire appel à une aide médicale. Si effectivement le contact avec le service médical de l'Hôpital P. _____ fut mauvais ou non concluant, [l'assuré] avait tout loisir de s'en référer à son médecin traitant du moment (régulièrement consulté durant les années précédentes, pour d'autres pathologies), ce qu'il n'a pas fait.

Ladite arthrose paraît clairement secondaire à la dysplasie de la glène, pénalisée de surcroît par des traumatismes sportifs répétés chez un patient ayant longtemps pratiqué des sports en force (souvent extrêmes).

L'omarthrose de [l'assuré] suit un cursus habituel, étant donc lentement évolutive, avec une symptomatologie douloureuse présente depuis de nombreuses années, sans forcément faire appel à un traitement (hormis celui du début 2001), de surcroît à répétition.

Pour la seule contusion/entorse de l'épaule droite, survenue le 20 [recte : 22] octobre 2000, le délai d'atteinte du status quo ante/sine n'aurait pas dû dépasser les 4-6 semaines. Une extension de la symptomatologie dans le temps, liée audit accident, est admissible compte tenu de la pathologie dégénérative sous-jacente, en prétextant une fragilité tissulaire exagérée et partant, un potentiel de cicatrisation ralenti. Cette extension ne dépasse généralement pas les 6-8 semaines.

Au-delà, l'omarthrose pré-existante, lentement évolutive, rend parfaitement compte de la symptomatologie alléguée depuis de nombreuses années. [...] »

Le Dr S. _____ a ainsi conclu à l'absence de lien de causalité naturelle entre la symptomatologie présentée dès 2011 et l'accident du 22 octobre 2000, qualifiant celle-ci de « hautement, voire très hautement, invraisemblable ».

Ayant eu dans l'intervalle connaissance des conclusions de l'expert, l'assuré a manifesté son désaccord avec son appréciation par correspondance du 23 mars 2012, faisant grief au Dr S. _____ d'avoir douté de la véracité de ses allégations et de n'avoir pas mesuré l'impact effectif de l'accident du 22 octobre 2000 dans son quotidien. Il a soutenu que les sports précédemment pratiqués, soit le cyclisme, la musculation et la boxe, partiellement entravés par les douleurs de son épaule, n'étaient pas à son sens des sports extrêmes. Il a annoncé au surplus envisager la production de nouveaux rapports médicaux spécialisés.

E. En date du 4 février 2013, vu que l'assuré ne s'était plus manifesté depuis un entretien téléphonique du 30 août 2012, Zurich Assurances SA a établi une décision refusant ses prestations des suites de la _____ rechute _____ annoncée _____ dès _____ le 18 janvier 2011, soit la prise en charge des frais engendrés par le traitement de l'omarthrose de l'épaule droite. Elle a fondé cette décision

essentiellement sur les conclusions du Dr S._____, corroborées par ses médecins-conseils, les Drs T._____ et K._____, et retenu l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'affection diagnostiquée et le sinistre du 22 octobre 2000.

L'assuré a formellement interjeté opposition contre cette décision à teneur d'une écriture du 21 février 2013, contestant la valeur probante de l'expertise du Dr S._____, laquelle se trouvait rejoindre partiellement l'appréciation du Prof. D._____. Il a souligné les difficultés de compréhension avec ce dernier, compte tenu de sa méconnaissance de l'allemand, ainsi que les erreurs anamnestiques figurant dans l'avis de ce spécialiste, notamment eu égard aux sports pratiqués et à d'éventuelles douleurs de l'épaule droite avant l'accident incriminé. Il a insisté sur les symptômes ressentis de manière intense et récurrente depuis l'événement du 22 octobre 2000 et considéré que les conclusions du Dr S._____, qualifié de partial, ne pouvaient être suivies. Il a conclu au réexamen de son dossier avant nouvelle décision.

L'assuré a complété son opposition en date du 11 avril 2013, avec l'assistance de Me Gilles-Antoine Hofstetter, réitérant la causalité naturelle à son avis établie entre l'incident du 22 octobre 2000 et les problèmes affectant son épaule droite. Il a relevé que l'étiologie sportive et anatomique retenue par le Dr S._____ lui paraissait peu probable en l'absence de toute lésion de l'épaule gauche. Quant au fond, ce rapport ne devait pas se voir accorder quelque valeur, de même d'ailleurs qu'à la forme au vu des points d'exclamation figurant à quelques reprises dans le rapport du 12 avril 2012, lesquels laissaient supposer la prévention de l'expert. Rappelant en outre la teneur des conclusions communiquées en son temps par la Dresse J._____, il a signalé soumettre le rapport du Dr S._____ pour avis à d'autres spécialistes et sollicité un délai à cette fin.

Le 23 avril 2013, l'assuré a fait parvenir une prise de position de son médecin traitant, le Dr M. _____, datée du 18 avril 2013, laquelle est notamment libellée en ces termes :

« [...] Tout d'abord, il est très difficile malgré les grandes qualités du Dr S. _____, de faire une expertise 12 ans après les faits. Lié à cette chronologie, il me semble que les premières expertises doivent être prises en considération, leurs informations sont de ce fait nettement plus pertinentes. Le point majeur à relever est le fait que l'épaule gauche de [l'assuré] est en parfait état 12 ans après les événements. De ce fait, on peut exclure une pathologie générale, rhumatismale, la pratique sportive, comme cause de la dégradation sévère de l'épaule droite. Tous les médecins sont d'accord pour dire que la dégradation de cette épaule est anormale. Partant de ce principe, la question est : Qu'est ce qui a pu détruire l'épaule droite de [l'assuré] aussi sévèrement, aussi vite, et à un âge aussi précoce ? Dans la majorité des cas, cela ne peut découler que d'un accident. Dans de rares cas, on pourrait retrouver une pathologie exceptionnelle (dont le Dr S. _____ parle mais en expliquant bien la rareté de celle ci <2%, et auquel le patient ne correspond pas en genre, en âge,...). De sorte, à la question de la probabilité que les lésions de [l'assuré] soient d'origine traumatique, la réponse est claire, oui à un très haut pourcentage, nettement plus de 85%. [...] »

Zurich Assurances SA a soumis les griefs de l'assuré, ainsi que l'appréciation de son médecin traitant citée ci-dessus, au Dr S. _____ pour avis complémentaire, lequel s'est déterminé comme suit le 2 août 2013 :

« [...] Le Dr M. _____ estime que seul un événement traumatique a pu être à l'origine d'une omarthrose sévère apparue à un âge précoce. Il admet cependant que, dans de rares cas, on peut retrouver une pathologie exceptionnelle. La rétroversion de la glène, en l'occurrence exceptionnelle, touchant uniquement l'épaule droite, est indéniable dans le cas de [l'assuré]. La rétroversion pathologique (de plus de 10-12°) touche à priori une petite partie de la population. Cependant, il est intéressant de noter que les études rapportent entre 30 et 75% de rétroversion dans les omarthroses primitives ! Ceci démontre la très haute prédisposition à l'usure gléno-humérale qu'ont les personnes qui ont un tel aléa anatomique. En outre, on a bien démontré qu'une arthrose aussi sévère ne peut (très hautement invraisemblable) découler d'une luxation d'épaule datant de seulement 1 an, et qui se serait passée, de surcroît, inaperçue. Une telle coulée ostéophyttaire nécessite plusieurs années pour se constituer. J'en viens maintenant à l'argumentaire de Maître Hofstetter. Il allègue, en premier lieu, qu'il n'y a pas lieu d'être orthopédiste pour

savoir qu'une omarthrose est plus qu'exceptionnelle, voire inconcevable à l'âge de mon client, sans l'existence d'un facteur extérieur.

Je rejoins son avis, le facteur extérieur étant, dans ce cas, la rétroversion de la glène humérale. Elle prédispose l'épaule à une arthrose, en général associée à une subluxation postéro-inférieure (ce qui est aussi le cas chez ce patient), et qui peut être considérablement aggravée (ou catalysée) en cas de traumatismes répétés (en outre sportifs, comme la boxe).

Maître Hofstetter estime que si telles étiologies étaient responsables des troubles, l'autre épaule serait bien évidemment touchée....

Maître Hofstetter fait fausse route. Je rappelle que l'omarthrose, comme pour les autres arthroses d'articulations surmenées, comme la hanche ou le genou, est plus souvent unilatérale que bilatérale.

En outre, l'épaule non dominante de [l'assuré] ne présente pas un facteur déterminant la prédisposant de manière exagérée à une omarthrose, c'est-à-dire l'aléa anatomique de la glène (rétroversion).

Maître Hofstetter estime que la boxe et les sports de combat sont, de façon notoire, plus traumatisants pour l'épaule gauche chez un droitier.

Je n'ai, à ma connaissance, aucune étude épidémiologique, faite sur large échelle, démontrant l'atteinte préférentielle de l'épaule non dominante dans de telles pratiques sportives. Encore moins si l'épaule touchée présente un ou des facteur(s) prédisposant(s), tels une rétroversion.

Maître Hofstetter estime que la pratique de sports extrêmes aurait été purement et simplement impossible avec une omarthrose aussi avancée avant l'événement qui nous concerne.

Notre expérience démontre clairement que lorsque les patients consultent pour une telle pathologie, il n'est pas exceptionnel d'observer des lésions évoluées dès la première consultation ! Ceci démontre bien une certaine tolérance que peut avoir une arthrose dans une articulation non portante (mais aussi pas exceptionnelle pour les articulations portantes).

Enfin, Maître Hofstetter stipule que si d'aventure l'omarthrose diagnostiquée avait été primitive, elle aurait à l'évidence évolué et se serait aggravée notablement par la suite, ce qui ne serait pas le cas chez [l'assuré].

Nous avons démontré que cette omarthrose a évolué avec les années, le bilan radiologique actuel démontrant, je cite « coulée ostéophyttaire inférieure de la tête humérale qui est plus imposante, émoussement de la glène aux 2 pôles, etc... ». En d'autres termes, il s'agissait d'une omarthrose à évolution lente, sur de nombreuses années, ayant démarré bien avant l'événement qui nous concerne.

Je termine par rappeler que le test par excellence pour déterminer une rétroversion de la glène est le Ct-scanner, examen qui n'avait pas été réalisé avant 2012, ce qui fait que les évaluations antérieures étaient incomplètes.

Pour toutes ces raisons, je maintiens les conclusions de mon rapport du

12 avril 2012. [...] »

Invité à se prononcer sur cette nouvelle pièce médicale, l'assuré a maintenu ses conclusions par courrier du 23 août 2013.

Zurich Assurances SA a établi sa décision sur opposition le 19 novembre 2013, rejetant l'opposition de l'assuré sur la base des observations concordantes des Drs K._____ et S._____. Elle a relevé que les critiques formulées par l'assuré à l'encontre de l'avis du Prof. D._____ étaient dénuées de fondement, des difficultés linguistiques n'étant pas établies au vu du parcours de ce spécialiste. Des antécédents susceptibles d'expliquer l'importante omarthrose constatée sur l'IRM réalisée le 18 octobre 2001 étaient en oeuvre avérés, en dépit de l'appréciation de la Dresse J._____ en matière de causalité. S'agissant spécifiquement de la rechute annoncée en janvier 2011, les opinions concordantes des Drs K._____ et S._____ quant à l'origine dégénérative des troubles emportaient la conviction, compte tenu de la pratique sportive intensive de l'assuré et d'une « rétroversion de la glène », constatée par l'expert. Eu égard au grief de prévention du Dr S._____, Zurich Assurances SA a fait valoir le défaut de tout motif de récusation soulevé par l'assuré et de reproche concret à son encontre. En outre, les explications du Dr M._____ n'étaient pas de nature à infirmer les constats du Dr S._____, tout particulièrement au vu des constats radiologiques de ce dernier. Elle a en conséquence estimé justifié d'accorder à l'expertise du 12 avril 2012 et son complément du 2 août 2013 pleine valeur probante, conformément à la jurisprudence fédérale sur cette question.

F. L'assuré, représenté par son conseil, a déféré la décision sur opposition du 19 novembre 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 16 décembre 2013, concluant à son annulation sous suite principalement de prise en charge des frais de traitement afférents aux troubles présentés à son épaule droite ou subsidiairement de mise en oeuvre d'une instruction complémentaire avant nouvelle décision. Concernant l'appréciation du Prof. D._____, il a relevé que sa bonne compréhension par ce spécialiste n'était pas établie, puisque les services d'un interprète avaient été requis. Cela étant, le rapport du 26 novembre 2011, au demeurant rédigé en allemand, comportait des erreurs, dans la mesure où l'assuré n'avait jamais pratiqué

de compétition sportive et n'avait rencontré aucun problème à l'épaule droite avant l'accident du 22 octobre 2000. Par ailleurs, ainsi que l'avait relevé la Dresse J._____, le Prof. D._____ était souffrant au moment de l'examen du recourant, ce qui avait entravé la bonne exécution de son mandat. En outre, l'IRM du 18 octobre 2001 n'avait pas été requise du fait d'antécédents éventuels survenus en 1998, mais bel et bien en raison de l'incident du 22 octobre 2000. Le recourant a également déploré que l'intimée eût écarté purement et simplement les conclusions de l'expertise de la Dresse J._____, à son sens probante, rendue en pleine connaissance des pièces de son dossier. Eu égard à l'expertise du Dr S._____, il s'est prévalu derechef du grief de sa prévention, mettant en exergue des sources médicales qui confirmeraient la partialité de cet expert. S'agissant des conclusions communiquées par ce dernier, le recourant a considéré qu'elles étaient empruntes de contradictions, évoquant des étiologies à son sens douteuses pour expliquer la symptomatologie de l'épaule droite, à savoir la pratique de sport intensive, laquelle n'aurait précisément pas été possible si une arthrose avait été présente au moment de l'accident du 22 octobre 2000. Par ailleurs, l'absence de toute lésion de l'épaule gauche demeurait inexplicée dans un tel contexte. Se prévalant des appréciations de la Dresse J._____ et du Dr N._____, il a considéré que l'origine traumatique de la dégradation de son épaule droite ne faisait aucun doute. Quant au libellé des rapports des 12 avril 2012 et 2 août 2013, le recourant a relevé une syntaxe susceptible d'attester de la prévention de l'expert, soit notamment des points d'exclamation, ainsi que l'avait pris en compte le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence, se référant aux arrêts TF 9C_76/2001 et 9C_603/2009. Il a en conséquence estimé que l'opinion du Dr S._____ devait être écartée et le lien de causalité naturelle et adéquate exclusif entre les symptômes présentés à l'épaule droite et l'accident du 22 octobre 2000 reconnu, ce qui justifiait la prise en charge par l'intimé des frais de traitement corrélatifs.

Zurich Assurances SA a conclu au rejet du recours par réponse du
28 janvier 2014. Elle a estimé que les griefs du recourant à l'encontre des

Prof. D. _____ et S. _____ personnellement relevaient de l'appréciation purement subjective et peu étayée du recourant, alors que l'expertise de la Dresse J. _____, sur laquelle il s'appuyait notamment était trop ancienne pour demeurer valable à l'occasion de la rechute annoncée en 2011. Elle a maintenu par ailleurs que des problèmes d'épaule antérieurs à 2000 étaient avérés au vu de l'IRM de l'épaule droite, alors que l'accident du 22 octobre 2000 devait être qualifié de banal, n'ayant requis que quelques séances de physiothérapie. Elle a en outre confirmé la pleine valeur probante devant être à son avis accordée à l'expertise du Dr S. _____ du 12 avril 2012, au demeurant complétée à satisfaction par des examens radiologiques et la prise de position du 2 août 2013, tandis que les remarques du Dr M. _____ apparaissaient peu convaincantes.

Le recourant a répliqué le 19 février 2014, réitérant ses précédents arguments et proposant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, ainsi que l'audition du Dr F. _____ sur la question du lien de causalité éventuel entre les troubles de l'épaule droite et l'accident du 22 octobre 2000.

L'intimée a également persisté dans sa précédente détermination par duplique du 12 mars 2014, suggérant cas échéant également l'audition du Dr S. _____, si la Cour de céans entendait donner suite à la requête d'instruction complémentaire du recourant. Elle s'est au surplus opposée à l'organisation d'une nouvelle expertise compte tenu de celles versées à son dossier.

Par pli du 24 avril 2014, le recourant a à nouveau repris ses précédents arguments et réitéré qu'une nouvelle expertise s'imposait compte tenu de ses critiques à l'égard de celle réalisée par le Dr S. _____, ensuite de quoi l'intimée a maintenu sa position au terme d'une écriture du 19 mai 2014.

En date du 17 juin 2014, la juge instructrice a signalé aux parties qu'une nouvelle expertise apparaissait a priori superflue, de même que l'audition des experts et médecins traitants du recourant.

En revanche, la juge instructrice a informé les parties en date du 12 septembre 2014 de son intention de requérir un rapport auprès du Dr N. _____ quant au diagnostics de « subluxation chronique de l'épaule droite » indiqué dans le cas du recourant, ainsi que la production du courrier à l'origine de l'organisation de l'IRM du 18 octobre 2001.

En réponse à la demande correspondante, formulée auprès du successeur de ce médecin, le Dr M. _____, celui-ci a indiqué le 15 novembre 2014 ne pas avoir été en mesure de retrouver le document souhaité dans les archives de feu son père, le Dr N. _____.

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 al. 1 LPGA).

Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

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

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure

administrative ;

RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours, interjeté devant le tribunal compétent en temps utile, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux le droit du recourant aux prestations de l'intimée à compter du mois de janvier 2011, suite à la symptomatologie douloureuse présentée à l'épaule droite, annoncée comme « rechute » de l'accident survenu le 22 octobre 2000.

Il s'agit ainsi de déterminer si cette problématique remplit les conditions mises à la reconnaissance d'une rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), singulièrement si elle se trouve en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident susmentionné.

Préalablement à l'examen de cette question, il convient de déterminer si le dossier a été instruit à satisfaction par Zurich Assurances SA, en particulier si des mesures d'instruction complémentaires, telle que la nouvelle expertise médicale requise par le recourant, se justifient. Dans ce contexte, il y a lieu de se prononcer sur la valeur probante des pièces médicales réunies par l'intimée, notamment sur celle de l'expertise réalisée par le Dr S._____, et d'analyser les griefs formulés par le recourant à l'encontre de cet expert.

Ensuite, il s'agit d'analyser dans quelle mesure Zurich Assurances SA était légitimée à refuser ses prestations à l'assuré en se

fondant sur le rapport d'expertise du Dr S._____ du 12 avril 2012, complété le 2 août 2013, ainsi que sur les avis de ses médecins-conseil, les Drs T._____ et K._____.

3. Aux termes de 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.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1).

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition

sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur 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).

A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

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 (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

b) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid.

3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

5. a) A teneur de l'art. 11, première phrase, OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Dans ces hypothèses, l'assuré peut donc à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières.

b) Selon la jurisprudence, il y a rechute ou séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé est guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêt cités ; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3).

Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent 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 ; RAMA 1994 n°U 206 p. 327 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.

6. In casu, ainsi qu'il a été rappelé sous considérant 2 supra, il convient de se déterminer sur la teneur des pièces médicales versées au dossier du recourant, singulièrement sur l'expertise réalisée par le Dr S._____, et de prendre position sur la requête d'instruction complémentaire formulée par l'assuré.

a) L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

On peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet : par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (TF 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2 et 3.3, cités par le recourant ; voir également à ce sujet : Jacques Meine, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss ; François Paychère, Le juge et l'expert - Plaidoyer pour une meilleure compréhension, in : L'expertise médicale, 2002, p. 11 ss et 133 ss).

On ajoutera que, selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 Cst., 30 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101), les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas de récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ; il suffit que des

circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (ATF 127 I 198 consid. 2b ; 126 I 73 consid. 3a ; 169 consid. 2a ; 125 II 544 consid. 4a ; 120 V 364 consid. 3a).

c) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

7. En l'espèce, le recourant a fait l'objet de plusieurs examens spécialisés, diligentés tant sur incitation de ses médecins traitants que sur mandats délivrés par l'intimée. Figurent ainsi à son dossier les rapports du Prof. D._____, de la Dresse J._____ et des Drs F._____ et S._____, ainsi que plusieurs documents d'imagerie médicale, soit notamment le

rapport d'IRM du 18 octobre 2001, ainsi que les rapports des 18 janvier 2012 et 20 mars 2012 requis par le Dr S._____.

Zurich Assurances SA a pour l'essentiel suivi les conclusions des experts désignés par ses soins, la Dresse J._____ et le Dr S._____, pour d'abord prendre en charge les frais afférents aux traitements de l'épaule droite du recourant, puis refuser de les assumer dès janvier 2011.

Dans ce contexte, l'assuré conteste tout particulièrement les conclusions communiquées par le Prof. D._____ et le Dr S._____, en émettant de nombreuses critiques quant au déroulement des examens effectués par ces spécialistes et en doutant spécifiquement de l'impartialité du Dr S._____.

a) S'agissant des remarques formulées à l'encontre de ce dernier, on observe que celles-ci sont toutefois d'ordre purement subjectif, reposant pour partie sur les impressions toutes personnelles de l'assuré et pour partie sur des ouï-dire.

On ne voit en effet pas que les rapports établis par le Dr S._____ les 12 avril 2012 et 2 août 2013 contiendraient des jugements de valeur ou quelque appréciation dépréciative ou subjective qui viendraient entâcher de partialité ses conclusions.

En particulier, les points d'exclamation contenus dans les rapports du Dr S._____, significatifs de partialité selon l'assuré, n'apparaissent pas constituer une appréciation ou un jugement personnel de l'expert. Ils semblent bien davantage avoir pour but d'attirer l'attention du lecteur sur les dates ressortant des rapports médicaux antérieurs et sur les doutes quant à la date de la survenance effective de la symptomatologie du recourant qui seraient susceptibles d'en découler. Cette ponctuation particulière a dès lors trait à des mentions figurant dans des précédents rapports médicaux et non à l'exposé des faits, tel que relaté par l'assuré au moment de l'expertise.

Si un rapport d'expertise doit certes être rédigé avec sobriété, ainsi que le rappelle la jurisprudence fédérale citée par le recourant, les marques de ponctuation utilisées par le Dr S._____ ne permettent toutefois pas de considérer que ses rapports ne répondraient pas aux réquisits jurisprudentiels.

Il convient en conséquence d'écarter les griefs de prévention formulés par le recourant à l'encontre de l'expert mandaté par l'intimée.

Singulièrement, force est de constater que le rapport d'expertise _____ du 12 avril 2012 et son complément du 2 août 2013 sont basés sur une analyse particulièrement minutieuse des documents à disposition et sur des investigations radiologiques complémentaires requises par l'expert. Le Dr S._____ a exposé par le détail tant les éléments pertinents de l'anamnèse que ses constats cliniques, ainsi que les motifs justifiant ses conclusions. Les explications de ce spécialiste, confirmant d'ailleurs les avis exprimés par les médecins de Zurich Assurances SA, les Drs T._____ et K._____, sont par ailleurs tout à fait exemptes de contradictions, tout en reposant sur les éléments objectifs mis en évidence notamment par les examens complémentaires auxquels s'est soumis l'assuré.

Il s'ensuit manifestement, contrairement à ce que soutient le recourant, que l'expertise réalisée par le Dr S._____ est conforme aux exigences posées par la jurisprudence fédérale à cet égard.

b) Eu égard aux critiques de l'avis du Prof. D._____, communiqué le 26 novembre 2011, que l'assuré a d'ailleurs consulté de son propre chef sur instigation du Dr N._____, celles-ci tombent manifestement à faux. On soulignera notamment que le recours à un interprète ne préjuge précisément pas d'une mauvaise compréhension entre l'assuré et le spécialiste concerné, mais bien au contraire du souci de ce dernier de lever toute ambiguïté linguistique.

Par ailleurs, quoi qu'en dise le recourant, il ne ressort pas du rapport du Prof. D. _____ que l'assuré aurait participé à des compétitions sportives, ce qui ne permettrait de toute façon pas vraisemblablement de faire douter de ses observations, puisque le recourant ne conteste pas sérieusement une pratique intensive de divers sports « de force ». Cela étant, une erreur anamnétique (entre les années 1996 et 1998) de la part du Prof. D. _____ ou consécutive à la traduction est certes plausible, mais demeure sans influence sur l'analyse de ce praticien, spécifiquement en lien avec l'IRM pratiquée le 18 janvier 2001, tandis que son appréciation est restée nuancée et réservée s'agissant de l'origine de l'importante omarthrose diagnostiquée auprès de l'assuré.

c) Quant au rapport d'expertise de la Dresse J. _____ du 26 août 2002, dont les conclusions seraient selon l'assuré toujours d'actualité, il faut observer que ce document est pour le moins succinct, alors que l'examen effectué par cette spécialiste apparaît assurément sommaire. Tout en confirmant le diagnostic d'une « arthrose » de l'épaule droite, elle n'a pas exposé en quoi et pour quels motifs cette arthrose aurait été secondaire à l'accident du 22 octobre 2000 et aux lésions constatées au moyen de l'IRM du 18 octobre 2001, si ce n'est pas le biais d'un raisonnement post hoc ergo propter hoc, insuffisant à lui seul pour établir un lien de causalité. Elle n'a pas davantage expliqué comment cette arthrose se serait développée dans le cas du recourant dans une mesure aussi étendue en moins d'une année, alors qu'elle en a attesté l'importance en relatant la présence d'un « gros ostéophyte ».

En outre, le complément de la Dresse J. _____ du 27 septembre 2002, par laquelle elle a fait part de son opinion sur l'attitude _____ du Prof. D. _____ est assurément subjectif et peu pertinent dans le contexte du mandat d'expertise confié à cette spécialiste. Il s'agit d'ailleurs d'un témoignage indirect, critiquable sur le plan déontologique et emprunt de déductions personnelles, qui ne peut être d'aucun secours au recourant à ce stade.

Il ne fait ainsi pas de doute que l'ancienneté des conclusions de la Dresse J._____, datant du 26 août 2002, et leur caractère incomplet justifient de les écarter pour se prononcer sur le lien de causalité entre les symptômes actuels, apparus en 2011, et l'accident du 22 octobre 2000.

d) A cet égard, les rapports adressés à Zurich Assurances SA les 11 décembre 2002 et 8 mai 2007 par le Dr F._____ sont également particulièrement succincts et ne suffisent pas à faire douter des constats ultérieurs communiqués par le Dr S._____.

e) On ne voit pas davantage qu'à la date du 18 avril 2013, le Dr M._____ eût fait état d'éléments nouveaux ou inconnus du Dr S._____ qui seraient de nature à remettre en question les observations de ce dernier. Singulièrement, le Dr M._____ s'est abstenu de tout commentaire sur la « rétroversion de la glène humérale » mise en évidence par l'expert et sur l'impact de ce diagnostic. Au demeurant, il a fait part de son appréciation sur la base du rapport d'expertise sans avoir fait procéder à de nouvelles investigations de son patient et sans faire mention d'un examen clinique spécifique. Son avis, peu étayé, est donc insuffisant pour remettre en question les constats du Dr S._____.

f) En définitive, au vu des explications convaincantes et précises _____ du Dr S._____, corroborées d'ailleurs par les appréciations des médecins-conseil de l'intimée, les Dr T._____ et K._____, il convient de leur accorder pleine valeur probante et se s'y référer afin de trancher le présent litige.

L'on ajoutera qu'il n'apparaît nullement que des investigations supplémentaires ou une nouvelle expertise s'avéreraient nécessaires pour se prononcer sur le lien de causalité querellé, alors qu'à l'évidence l'ensemble des examens susceptibles d'expliquer les symptômes

présentés par l'assuré ont été dûment diligentés tant par l'expert mandaté par l'intimée que sous l'égide de ses médecins traitants.

8. S'agissant du lien de causalité entre les troubles allégués depuis janvier 2011 et l'accident du 22 octobre 2000, il y a lieu de considérer l'appréciation de l'intimée comme bien fondée, au vu des conclusions du Dr S._____.

En effet, il peut être déduit - au degré de la vraisemblance prépondérante - des rapports de ce dernier que les symptômes présentés par l'assuré depuis janvier 2011 sont consécutifs à l'importante omarthrose dont il est atteint.

Or, il ne fait pas de doute qu'une telle pathologie est par essence d'origine dégénérative et, partant, du ressort de la maladie, excluant ainsi manifestement qu'un lien de causalité naturelle avec l'accident du 22 octobre 2000 soit avéré ou même simplement probable.

La question de la survenance de traumatismes ou de symptômes douloureux antérieurs à l'accident du 22 octobre 2000 ne paraît au surplus pas déterminante pour l'issue du litige, le Dr S._____ ayant exposé à satisfaction que la « rétroversion de la glène humérale » observée chez le recourant constituait un facteur favorisant sans conteste l'apparition d'une arthrose.

Indépendamment de ce constat, quand bien même n'a pas été mentionnée une consultation antérieure à l'année 2001 au motif de problèmes de l'épaule droite par le Dr N._____, le rapport d'IRM du 18 octobre 2001, établi par le centre d'imagerie mandaté par ce praticien, a relaté clairement un « traumatisme » et une « subluxation de l'épaule en 1998 ». La précision de cette année est vraisemblablement imputable au courrier du Dr N._____ requérant cet examen, si ce n'est aux déclarations de l'assuré lui-même à cette occasion. En outre, en dépit d'une première consultation auprès du Dr N._____ dès le 15 octobre 2001 du fait d'une symptomatologie de l'épaule droite, les rapports de ce

médecin à Zurich Assurances SA ont fait sans équivoque état d'un ou plusieurs épisodes de « subluxation » antérieurs à cette date. On peut en effet lire dans le rapport du 27 novembre 2001 les termes « nouvel épisode » et « il y a quelques années », alors qu'est évoquée une « subluxation chronique ». Dans son rapport du 18 février 2002, consécutif aux résultats de l'IRM du 18 octobre 2001, le Dr N._____ a retenu une « arthrose importante de l'épaule droite sur luxation chronique avec mention des premiers symptômes en 2000 ». De même, il a qualifié de « chronique » la « subluxation » dont les conséquences affectaient son patient, à teneur du rapport réceptionné par l'intimée le 15 mars 2002, tout en soulignant une « apparition progressive, vu l'instabilité, d'une arthrose de l'épaule droite ». Ces documents permettent d'inférer, mais en aucun cas d'exclure, l'hypothèse d'une atteinte de l'épaule droite - d'origine traumatique ou malade - antérieure à l'année 2000.

Quoi qu'il en soit sur cette question, l'expertise du Dr S._____ du 12 avril 2012 et son complément du 2 août 2013 emportent la conviction quant à l'origine dégénérative de la symptomatologie dont souffre le recourant depuis janvier 2011, compte tenu de la particularité anatomique observée à son épaule droite, responsable, en association avec des pratiques sportives intensives, de l'importante arthrose dont il est atteint.

Partant, à l'instar de l'intimée, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs de l'épaule droite survenues dès janvier 2011 ne sont pas en lien de causalité avec l'événement _____ du 22 octobre 2000, de sorte qu'elles ne sauraient être qualifiées de rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA et de la jurisprudence corrélative.

Zurich Assurances SA était en conséquence légitimée à nier le droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les frais engendrés à compter du mois de janvier 2011.

9. Le recours, en tous points mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice
(cf. art. 61 let. a LPGA).

b) Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant. Zurich Assurances SA, en sa qualité d'assureur social, dispose en effet d'un service juridique interne qui l'a dûment représentée dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition, rendue le 19 novembre 2013 par Zurich Assurances SA, est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Gille-Antoine Hofstetter, à Lausanne (pour B._____),
- Zurich Assurances SA, à Zurich,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

La greffière :