

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 février 2016

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], collaborateur scientifique au sein de la [...], est assuré pour les risques d'accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**B.** Par déclaration du 10 septembre 2009, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA que le 8 septembre 2009, Q. \_\_\_\_\_ avait glissé dans les escaliers, ce qui avait engendré une « torsion/foulure » de l'épaule droite.

Des radiographies de l'épaule droite ont été réalisées en date du 9 septembre 2009. Dans son rapport médical du 4 novembre 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a indiqué qu'il n'y avait pas de trait de fracture visible au sein des différentes pièces osseuses de l'épaule. L'interligne articulaire gléno-humérale était respectée et l'espace sous-acromial était préservé. Il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire ou de calcification suspecte au sein des tissus mous.

Dans un rapport médical d'échographie de l'épaule droite du 21 octobre 2009 adressé par la Dresse T. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, au Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecine physique et réadaptation et rhumatologie, cette dernière a relevé les éléments suivants :

« ● Nous ne constatons pas d'anomalie significative au niveau des articulations acromio-claviculaires. Pas d'épanchement articulaire actuellement.

● Les tendons du long chef du biceps, du sous scapulaire et du sous épineux sont intacts. Nous constatons un hyposignal de la portion inférieure de la "corde" inférieure du tendon du muscle sous épineux suspect d'une rupture. Il n'y a pas de rupture transfixiante par ailleurs. Absence d'épanchement dans la bourse sous acromio-deltoïdienne.

- C'est dans l'épreuve dynamique du sus-épineux que nous constatons cette altération de la "corde" inférieure.
- Pas d'évidence d'involution adipeuse significative du muscle sus-épineux.
- Absence d'épanchement intra-articulaire.
- Pas non plus d'altération de l'intervalle des rotateurs.

**Conclusion, proposition :**

**Rupture de la "corde" inférieure du tendon du muscle sus-épineux. Pas de rupture transfixiante ou d'épanchement dans la bourse sous acromiale. Le reste du status est sans particularité. »**

Dans un rapport médical du 17 mars 2015 adressé à la CNA, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, s'est prononcé sur l'événement de 2009, diagnostiquant une contusion de l'épaule droite, traitée par antalgique et port d'une bretelle. Ce médecin ajoutait qu'aucune lésion n'était visible sur la radiographie.

**C.** Par déclaration d'accident du 13 juin 2014, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA qu'en date du 8 juin 2014, Q.\_\_\_\_\_ avait senti une douleur au niveau de l'épaule droite alors qu'il s'entraînait sur une machine de musculation.

Dans un document médical du 13 juin 2014 émanant vraisemblablement du Dr G.\_\_\_\_\_, ce dernier a indiqué sous la rubrique « renseignements cliniques » « 8.6.2014 épaule douloureuse à d sur machines de force, avec conflit sous acromial et limitation de mobilité ». Il faisait également état d'une rupture de la corde inférieure du sus-épineux à l'échographie de l'épaule droite du 21 octobre 2009.

Sur demande du Dr G.\_\_\_\_\_, une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée le 27 juin 2014. Dans son rapport médical du 30 juin 2014, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a formulé les conclusions suivantes :

« Pas de lésions des tendons de la coiffe des rotateurs. Structure fasciculaire située au niveau de l'intervalle des rotateurs correspondant en premier lieu au ligament gléno-huméral supérieure hypertrophié, mais continu. Discrète arthrose acromio-claviculaire associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne. »

En date du 25 août 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_ a rédigé un rapport médical à l'attention de la CNA dans lequel il diagnostiquait une « épaule douloureuse à droite avec conflit sous-acromial et limitation de mobilité ». Sous le chapitre « indications du patient », ce médecin indiquait qu'il s'agissait d'une récurrence d'épaule douloureuse à droite avec conflit sous-acromial et limitation de mobilité, principalement en rétroflexion et rotation interne, la douleur siégeant à la face latérale de l'épaule externe étant apparue lors d'un entraînement sur une machine de force. Le Dr G. \_\_\_\_\_ rappelait également l'événement du 8 septembre 2009, lors duquel l'assuré s'était réceptionné sur la paume de la main droite, membre supérieur droit tendu, ce qui avait engendré un contrecoup au niveau de l'épaule droite, l'échographie ayant par la suite montré une rupture de la « corde » inférieure du tendon du sus-épineux.

Dans un questionnaire rempli par l'assuré le 25 août 2014, ce dernier a notamment expliqué avoir ressenti une très forte douleur à l'épaule droite alors qu'il faisait de la musculation, douleur apparue tout de suite et qui était insupportable durant la nuit.

Le cas de l'assuré a ensuite été soumis au Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a estimé dans son avis du 1<sup>er</sup> juillet 2015 que l'on ne se trouvait pas dans un cas de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) et qu'il n'y avait pas de rechute pour le moins probable d'un accident assuré.

Par décision du 16 juillet 2015, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurances à l'assuré pour l'événement du 8 juin 2014, au motif que l'on ne se trouvait pas en présence d'un accident, d'une lésion assimilée à un accident ou d'une maladie professionnelle.

L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision en date du 31 juillet 2015, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci. Il invoquait notamment avoir ressenti une très forte douleur à l'épaule droite alors qu'il faisait du sport sur une machine, avec pour conséquence une forte limitation de la mobilité. Il expliquait que pour comprendre la vraie cause de cet accident, il fallait consulter les documents de l'accident du 8 septembre 2009 ayant touché la même épaule, avec pour conséquence une rupture de la corde inférieure du tendon du muscle supra-épineux.

Un inspecteur de la CNA a par la suite rencontré l'assuré. Dans son compte-rendu du 24 septembre 2015, l'inspecteur a relaté les propos de Q.\_\_\_\_\_ selon lesquels ce dernier ne se souvenait plus des événements de 2009, l'assuré précisant qu'il n'avait jamais retrouvé une mobilité normale de l'épaule et qu'une opération avait été évoquée. L'assuré expliquait également que lors des événements de 2014, il avait ressenti la même douleur au même endroit qu'en 2009, ce qui signifiait selon lui que la rupture de 2009 n'avait pas guéri et qu'elle s'était ravivée par son mouvement en 2014. S'agissant du déroulement des faits, l'assuré a précisé qu'il était assis sur le siège de la machine, les bras à l'équerre, les avant-bras repliés et dirigés vers le haut. Dans cette position, il poussait une charge de 25 à 30 kg vers l'avant, faisant travailler les épaules. Il expliquait enfin être toujours « handicapé » par cette épaule, qui ne montait que jusqu'à l'équerre.

Le dossier de la cause a été soumis une nouvelle fois au Dr M.\_\_\_\_\_. Dans son appréciation médicale du 29 septembre 2015, ce dernier a considéré, sur la base notamment de l'IRM du 27 juin 2014, que l'assuré ne présentait pas de lésion assimilée à un accident. Le Dr M.\_\_\_\_\_ ajoutait que même si l'assuré avait présenté une lésion du sus-épineux en 2009, il n'y en avait plus de trace en 2014. Par conséquent, il n'y avait pas d'indice concret permettant de considérer au degré de la vraisemblance prépondérante que l'événement du 8 juin 2014 était une rechute de celui du 8 septembre 2009.

Par décision sur opposition du 6 octobre 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. En substance, elle a considéré que l'existence d'un accident selon la loi faisait défaut et que l'arthro-IRM n'avait pas non plus révélé la présence de lésion corporelle assimilée à un accident. Se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, elle a également estimé que l'on ne se trouvait pas dans un cas de rechute.

**D.** Par acte du 3 novembre 2015, Q.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 6 octobre 2015, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci. À l'appui de son écriture, le recourant fait valoir que la décision entreprise a été communiquée un an après l'accident, ce qui ne serait pas correct. S'appuyant sur l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, il soutient que l'événement du 8 juin 2014 constitue bel et bien un accident. Il ajoute que pour en comprendre la véritable cause, il faut mettre en relation cet événement avec l'accident du 8 septembre 2009, qui a engendré une rupture de la corde inférieure du tendon du muscle sus-épineux.

Dans sa réponse du 18 novembre 2015, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle relève que le Dr G.\_\_\_\_\_ ne motive en rien les raisons pour lesquelles la récurrence d'épaule douloureuse à droite serait une rechute de l'événement de 2009. Elle ajoute qu'un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » uniquement ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle entre les troubles présentés actuellement par l'assuré et l'accident de 2009. Selon elle, si l'assuré avait présenté à l'époque une lésion du sus-épineux, celle-ci n'a pas été retrouvée lors de l'arthro-IRM de 2014, de sorte qu'il n'existe pas de lien de causalité naturelle avec l'événement de 2009. Au surplus, elle renvoie aux arguments développés dans la décision sur opposition.

Dans sa réplique du 9 décembre 2015, le recourant soutient que le fait que la lésion du sous-épineux [recte : sus-épineux] n'ait pas été constatée par le Dr M.\_\_\_\_\_ ne signifie pas que le cas n'est pas un accident. Il ajoute que l'examen médical et les méthodes choisies ne sont

peut-être pas assez sensibles pour mettre en évidence les conséquences de l'accident ou que la lésion n'est pas aussi importante pour être détectée par la méthode et l'appareil utilisé. Il produit également une copie du document médical du 13 juin 2014 émanant vraisemblablement du Dr G.\_\_\_\_\_ qui confirmerait, selon l'assuré, qu'il s'agit d'une rechute de l'accident de 2009.

L'intimée a confirmé ses conclusions dans sa duplique du 28 décembre 2015.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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 recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

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

**2.** Le présent litige porte sur la question de savoir si la CNA était légitimée à refuser l'octroi de prestations d'assurance au motif que le recourant n'a pas été victime d'un accident, ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident, ni d'une rechute de l'événement de 2009.

**3. a)** En vertu 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. 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. L'assuré a droit, notamment, 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). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était 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; 118 V 293 consid. 2c).

**b)** Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose 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 à l'atteinte et enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et réf. cit.; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

**c)** Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (Frésard/Moser-Szeless in : Meyer, Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> ed. Bâle 2016, n° 88 p. 921; ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). 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. La jurisprudence a, par exemple, nié l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire en cas de déplacement de charges pesant entre 60 et 100 kg (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et réf. cit.; TF 8C\_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

S'agissant des accidents survenus dans l'exercice du 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 (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925). 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 réf. cit. ; TFA U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3.3).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, l'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).

**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, par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé (TF 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2).

**4.** A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- les fractures,
- les déboîtements d'articulations,
- les déchirures du ménisque,
- les déchirures de muscles,
- les élongations de muscles,
- les déchirures de tendons,
- les lésions de ligaments
- les lésions du tympan.

**a)** La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un

risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA – dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) – 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c).

**b)** La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGa). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 ; TFA U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 2.2).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA.

**5. a)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

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\_42/2009 du 1<sup>er</sup> 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, l'inapplication 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 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des

prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

**b)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 ATF 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; 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, 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.).

**c)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de 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.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine). A contrario, aussi longtemps que le status 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 (TF 8C\_1003/2010 du

22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

**6.** 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 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; 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 réf. cit. ; 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. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

**7. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir

d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** 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. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**8. a)** En l'espèce, il convient tout d'abord de constater que l'événement du 8 juin 2014 ne constitue pas un accident, faute de réaliser les conditions cumulatives de l'art. 4 LPGA. En particulier, il ne ressort pas du dossier que l'atteinte à la santé ait été causée par un facteur extérieur extraordinaire. Selon ses propres termes, l'assuré a senti une douleur au niveau de l'épaule droite alors qu'il s'entraînait sur une machine de musculation. Il ne fait cependant nullement état d'un incident particulier ayant causé l'atteinte dommageable à l'épaule droite. Il s'ensuit que les circonstances qui ont donné naissance à cette atteinte ne relèvent pas d'un accident au sens juridique du terme.

**b)** Il ne s'agit pas non plus d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, comme constaté par la Dresse K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 juin 2014, l'IRM du 27 juin 2014 n'a pas montré de lésion des tendons de la coiffe des rotateurs. Seule une

discrète arthrose acromio-claviculaire associée à une bursite sous-acromio-deltoidienne était observée. L'atteinte présentée par le recourant n'entre dès lors pas dans le catalogue exhaustif des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

**c)** Il n'apparaît pas non plus que l'événement de 2014 constitue une rechute de l'événement de 2009. Cela ne ressort nullement des avis médicaux produits au dossier, exception faite de celui du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin-traitant du recourant, qui n'étaye cependant pas sa position. Il n'existe au demeurant aucun élément allant dans le sens de la thèse de l'assuré, le seul raisonnement « post hoc ergo propter hoc » n'étant pas suffisant pour établir le lien de causalité (cf. consid. 5a supra). Au surplus, dans son appréciation médicale du 29 septembre 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ mentionne expressément qu'il n'y a pas d'indice concret permettant de considérer au degré de la vraisemblance prépondérante que l'événement du 8 juin 2014 était une rechute de celui du 8 septembre 2009.

**d)** Enfin, pour autant que le recourant formule effectivement un tel grief, on ne saurait voir un déni de justice dans le fait que la décision entreprise a été communiquée un an après l'accident.

**e)** Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la CNA a refusé d'accorder des prestations d'assurance au recourant.

**9.** Il en résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

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

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 6 octobre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents 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 à :

- Q.\_\_\_\_\_, à [...],
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :