

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 avril 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA ; 45 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1994, effectue un apprentissage de logisticien auprès de la société [...] SA et est, à ce titre, assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 10 février 2017, il a communiqué à la CNA que son épaule avait été fragilisée et était instable depuis une chute en 2016, pour laquelle il n'avait pas consulté de médecin. Dans la nuit du 9 au 10 janvier 2017, il s'était réveillé avec l'épaule luxée et une forte douleur. Il s'était retrouvé en arrêt de travail les 10 et 11 janvier 2017 et une opération chirurgicale était prévue le 2 mars 2017.

Dans un rapport établi le 30 janvier 2017, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquait au niveau de l'anamnèse qu'en été 2016, le patient avait fait une chute d'une paroi en se retenant avec le membre supérieur droit, qu'il avait ressenti une luxation de l'épaule qu'il avait réduit par lui-même et que depuis cet événement, il avait ressenti plusieurs épisodes d'instabilité et d'inconfort à l'épaule.

L'IRM pratiquée le 3 février 2017 a montré une séquelle de luxation d'épaule avec fracture de Bankart antéro-inférieure ostéocartilagineuse qui se prolongeait vers le haut par une lésion de type SLAP II C, une tendinopathie du long chef du biceps au niveau de l'insertion labrale supérieure, une distension capsulaire antéro-inférieure et une petite bursite sous-acromio-deltaïdienne. Il n'y avait en revanche pas de tendinopathie ni de signe de déchirure de la coiffe.

Selon un rapport médical du 10 février 2017 du Dr D. _____, l'assuré présentait une luxation avec instabilité de l'épaule droite. L'imagerie avait confirmé une lésion capsulo-ligamentaire ainsi qu'une

désinsertion du labrum allant jusqu'à l'ancrage du long chef du biceps (lésion de type SLAP). Une prise en charge chirurgicale pour une arthroscopie de l'épaule droite avec réparation du labrum était programmée début mars 2017.

En réponse aux questions de la CNA, l'assuré a exposé, le 21 février 2017, qu'il avait glissé en grim pant sur un rocher mouillé le 23 juillet 2016, qu'il avait amorti la chute avec son bras et que son épaule avait fortement heurté le rocher. Il avait ressenti des douleurs croissantes depuis cette chute. Sa première consultation médicale remontait au 9 janvier 2017.

Dans un rapport médical initial LAA du 23 février 2017, le Dr H._____, médecin praticien spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une épaule droite instable. Il mentionnait que l'assuré avait eu un accident six mois auparavant en glissant contre une paroi rocheuse, qu'il s'était retenu de la main droite en élévation de l'épaule qui s'était déboitée. L'assuré avait effectué la réduction sur place et avait présenté depuis plusieurs épisodes de luxation spontanée en élévation de l'épaule. Il a transmis à la CNA les résultats de la radiographie de l'épaule droite réalisée le 10 janvier 2017, qui n'avait pas mis d'anomalie en évidence.

La Dresse Q._____, médecin praticien, et le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous deux médecins d'arrondissement de la CNA, ont estimé le 24 février 2017 que l'assuré n'avait pas présenté d'événement récent comportant un mécanisme vulnérant permettant d'expliquer l'instabilité rapportée. Ils considéraient que la relation de causalité était tout au plus possible.

Par courrier du 1^{er} mars 2017, la CNA a communiqué à l'assuré que sur la base de son dossier médical, aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 9 janvier 2017 et les troubles déclarés, de sorte qu'elle ne pouvait pas lui allouer de prestations d'assurance.

L'assuré a contesté ce point de vue par courrier 7 mars 2017, invoquant que les lésions étaient dues à la chute sur l'épaule qu'il avait subie en 2016 et qu'il avait tardé à consulter un médecin car les douleurs ressenties étaient fortes mais supportables.

Dans un rapport médical du 8 mars 2017, le Dr D. _____ s'est étonné du refus de prise en charge par la CNA :

Pour rappel, il s'agissait d'une chute d'une paroi en été 2016, avec un premier épisode de luxation de l'épaule à ce moment-là. Il s'en est suivi quelques épisodes d'instabilité de l'épaule.

J'avais demandé un complément d'imagerie sous forme d'arthro IRM, qui confirme une fracture du rebord inférieur de la glène (fracture de bankart), ainsi qu'une lésion slap (arrachement de l'insertion du long chef du biceps).

Le motif de refus est l'absence de causalité entre la chute et les lésions diagnostiquées, ce qui me paraît peu réaliste au vu des lésions susmentionnées.

Dans une appréciation médicale du 4 avril 2017, la Dresse Q. _____ a retenu les éléments suivants :

L'étiopathogénie des lésions SLAP est de 2 types, soit suite à un mécanisme de traction et de compression pouvant survenir après une chute sur le bras tendu avec une légère flexion et abduction de l'épaule ou par choc direct sur l'épaule soit après une contraction violente ou répétée du muscle du biceps sur le tendon qui peut survenir chez les lanceurs soit en phase d'armée soit dans la phase de décélération ou alors notamment dans les sports comme le fitness que pratique l'assuré.

Le diagnostic définitif se fait sur la base de l'arthroscopie et nous rappelons que nous n'avons pas reçu le rapport opératoire du 02.03.2017 pourtant demandé en date du 24.02.2017.

Comme déjà retenu le 28.02.2017, la relation de causalité entre l'événement rapporté par l'assuré, qui serait survenu durant l'été 2016 et qui pourtant n'a pas entraîné de consultation et les troubles actuels, est tout au plus possible. En effet, le mécanisme de la chute est peu clair, l'assuré n'a pas consulté et ne consulte que près de 8 mois après ce qui tend à nous faire retenir que le traumatisme évoqué durant l'été 2016 ne peut être selon toute vraisemblance à l'origine des lésions constatées lors de l'arthro-IRM de l'épaule D [réd. : droite] du 03.02.2017.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons retenir que l'assuré n'a pas présenté d'événement récent pouvant expliquer l'instabilité de l'épaule rapportée ou les lésions décrites à l'IRM et que la relation

de causalité avec l'évènement décrit durant l'été 2016 n'est tout au plus que possible.

Dans le cadre d'un entretien avec un collaborateur de la CNA qui s'est tenu le 11 avril 2017, l'assuré a déclaré ce qui suit :

Fin juillet 2016, j'étais en vacances au Tessin. Le 23 juillet 2016 sauf erreur, je nageais dans le lac avec des copains et nous avons voulu monter sur un gros rocher pour la vue et prendre le soleil. J'étais donc mouillé et j'ai glissé sur le caillou pendant la montée. Les deux pieds sont partis. Je suis tombé en avant, face contre le rocher et je me suis protégé avec ma main droite. En raison de la glissade, je suis parti vers le bas et mon bras droit a été forcé vers le haut dans le même mouvement. J'ai senti mon épaule droite qui sortait. Cela n'a pas été très douloureux. J'étais à maximum 1 mètre de l'eau.

Je suis tombé dans l'eau. Mon bras droit ne bougeait plus. Je l'ai pris de la main gauche et j'ai tiré dessus. J'ai alors clairement senti que l'épaule droite se remettait en place. Il y a eu 30 secondes de douleurs assez vives.

Le bras bougeait bien et je ne ressentais plus rien. Pas de fourmis, plus mal mais je ne suis pas remonté. J'ai encore pas mal nagé ce jour-là.

Le soir, j'ai constaté que mon épaule droite me faisait un peu mal quand je levais le bras. J'ai mis du Sportusal avant d'aller me coucher.

Le lendemain, je n'avais plus mal.

Depuis là, je me suis luxé cette épaule droite environ une fois par mois, la première fois en août déjà mais je n'arrive pas à me souvenir exactement comment. Je n'ai pas eu de nouvelle chute, pas de torsion, pas de coup. A mon travail, c'était la routine.

Cette épaule s'est luxée par exemple en éternuant, en prenant appui, que des mouvements banals. A chaque fois, et vraiment à chaque fois, je devais la remettre moi-même en place. Je n'ai jamais eu besoin d'aide. Dès qu'elle se remettait en place, je n'avais plus mal. Je n'ai jamais pris de calmant.

Dans la nuit du 10 au 11 janvier 2017, mon épaule s'est luxée et cela m'a réveillé. Je ne sais pas quel geste j'ai fait.

Cette-fois ci, j'ai constaté que j'avais des fourmis dans les doigts et que j'avais de la peine à les bouger. J'ai décidé d'aller voir enfin un médecin car cela m'a fait peur. Là-aussi, j'ai remis l'épaule moi-même.

J'ai été reçu à [...] par le Dr H. _____ qui m'a laissé 2 jours d'arrêt et adressé au Dr D. _____. Il a demandé une IRM et décidé d'opérer.

Vu le refus de la Suva, l'opération a été différée et comme le Dr D. _____ opère en privé, je me suis adressé aux services du Dr Z. _____ au W. _____ où je vais être vu le 2 mai 2017.

Entre temps, mon épaule droite s'est de nouveau luxée le 5 avril au soir alors que je prenais appui sur mon lit pour me coucher, puis une nouvelle fois le 6, en prenant appui sur la table pour me lever.

Cette-fois, le W. _____ m'a mis un gilet et je suis en arrêt de travail jusqu'au 16 avril 2017 au moins. Prochain contrôle à fixer. Je n'ai plus de force dans le bras droit.

[...]

Je certifie que ce qui précède est conforme à la vérité. Il ne s'est rien passé d'autre au niveau de mon épaule droite. Avant cette chute au Tessin, elle ne m'a jamais posé le moindre problème et l'épaule gauche va parfaitement bien.

Le 5 mai 2017, la Dresse Q. _____ a indiqué ce qui suit après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales et du rapport d'enquête :

[...] Sur le plan médical, une luxation de l'épaule est très douloureuse et la réduction, même immédiate de plus dans l'eau et par lui-même ne nous semble pas possible.

Dans la littérature on note que la luxation entraîne une douleur de la luxation [...] toujours aiguë. La réduction consiste à tirer sur le bras dans l'axe et dans une certaine position afin de réintégrer la tête dans l'articulation. Cela semble impossible dans l'eau.

Le rapport opératoire n'est pas encore en notre possession, mais ne devrait pas selon toute vraisemblance modifier notre avis.

Comme mentionné ci-dessus, nous pensons que les faits tels que décrits par l'assuré ne semblent pas vraisemblable[s], raison pour laquelle nous maintenons nos conclusions de notre application du 04.04.2017, à savoir que [l]'assuré n'a pas présenté d'événement récent pouvant expliquer l'instabilité de l'épaule rapportée ou les lésions décrites à l'IRM et que la relation de causalité avec l'évènement décrit durant l'été 2016 n'est tout au plus que possible.

Par décision du 16 mai 2017, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles de l'épaule droite de l'assuré du fait qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'évènement dommageable du 23 juillet 2016 et les troubles déclarés, et qu'il ne s'était rien passé de particulier en date du 9 janvier 2017.

G._____, assureur-maladie de l'assuré, a formé opposition contre cette décision en date du 22 mai 2017. Cette caisse a invoqué qu'il existait des lésions structurelles suite à l'événement dommageable du 23 juillet 2016 qui ne pouvaient pas être expliquées dans le cadre d'une maladie dégénérative, qu'il n'y avait aucune preuve d'une maladie préalable et que le rapport opératoire n'était pas disponible.

La CNA a requis du Centre W.____ (ci-après : W.____) des informations sur le processus de guérison de l'assuré. Dans un rapport de consultation daté du 8 mai 2017, les Drs Z.____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et L.____, médecin assistant, ont constaté une instabilité gléno-humérale post-traumatique antéro-inférieure et proposé une intervention. Le 24 mai 2017, le Dr Z.____ a procédé à une ténodèse du long biceps droit et une stabilisation antérieure de l'épaule droite par butée de Latarjet, selon le protocole opératoire du 29 mai 2017. Dans le cadre d'un contrôle à six semaines, le Dr L.____ n'a relevé aucun problème.

Après avoir pris connaissance de ces documents, la Dresse Q.____ et le Dr C.____ ont maintenu que le lien de causalité entre l'événement du 23 juillet 2016 - à savoir une chute avec un mécanisme peu clair initialement - et l'instabilité était possible mais pas probable. Ils ne contestaient pas le diagnostic posé par le Dr Z.____ ni l'indication opératoire, mais estimaient qu'elle n'était pas en relation de causalité certaine ni même probable avec l'événement annoncé le 10 février 2017.

Par décision sur opposition du 6 septembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assureur-maladie et confirmé sa décision du 16 mai 2017. Elle s'est basée sur les prises de position de la Dresse Q.____, a relevé l'absence d'éléments médicaux contraires au dossier et précisé qu'il ne lui incombait pas de rechercher les causes de l'atteinte à la santé ni de prouver l'existence de troubles maladifs.

B. Par acte du 5 octobre 2017, G.____ (ci-après : la recourante) a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la

Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à la prise en charge par la CNA des prestations LAA en lien avec l'événement du 23 juillet 2016 et les douleurs à l'épaule droite, ainsi qu'au remboursement des prestations prises en charge provisoirement par la recourante, subsidiairement à la prise en charge par la CNA des frais de l'instruction, plus subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaires ou au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction puis nouvelle décision. Elle a invoqué que, dans son rapport du 3 février 2017, le Dr D._____ reconnaissait l'existence d'un lien de causalité entre la chute du 23 juillet 2016 et les lésions diagnostiquées à l'épaule droite de l'assuré, et que ce lien de causalité était également attesté par son médecin-conseil, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie, dont elle a produit un rapport médical du 2 octobre 2017. G._____ estimait que ces rapports remettaient en cause le bien-fondé des appréciations médicales de la Dresse Q._____, qui n'étaient pas motivées, ou à tout le moins rendaient nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer l'affaire à l'intimée pour complément d'instruction. Elle exigeait subsidiairement que les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas lui soient remboursés, à savoir les frais de la consultation du 10 janvier 2017 auprès du Dr H._____, les frais des consultations des 24 janvier et 7 février 2017 auprès du Dr D._____, les frais de radiographie du 10 janvier 2017 ainsi que les frais d'arthrographie et d'IRM du 3 février 2017.

Dans son appréciation médicale du 2 octobre 2017, le Dr X._____ retenait notamment ce qui suit :

La lésion de type Bankart est une déchirure de l'attachement de la capsule antérieure, une nouvelle luxation est favorisée (orthopédie, chirurgie orthopédique ; Alfred M. Debrunner, 4^e édition, page 722).

La même conclusion se trouve dans le manuel de Wheeless (www.wheelessonline.com/ortho/-bankartlesion) (« la lésion du bankart est le résultat de la luxation de l'épaule antérieure et est une lésion primaire dans l'instabilité antérieure récurrente »). En outre, une lésion SLAP II (c'est une avulsion du bourrelet supérieur et de l'insertion du long biceps) est décrite dans l'IRM également comme signe de l'instabilité post-traumatique de l'épaule antérieure. Ces résultats d'IRM soulignent le fait que la première dislocation de l'épaule a fixé les conditions anatomiques pour d'autres luxations de l'épaule. Il n'est pas compréhensible que le Dr

Q._____, dans son rapport du 4 avril 2017, ne retient pas la causalité entre l'accident et la luxation.

En résumé, la première luxation de l'épaule a créé les conditions anatomiques pour de nouvelles dislocations. Le risque d'une nouvelle dislocation est considérable : l'intervention chirurgicale proposée avec stabilisation de l'articulation est sans doute justifiée et tout aussi clairement attribuée à la première dislocation de l'épaule et à l'instabilité qui y est causée.

Dans son mémoire de réponse du 6 décembre 2017, la CNA a conclu au rejet du recours, précisant qu'elle ne contestait pas l'origine traumatique des lésions constatées à l'épaule droite de l'assuré, mais estimait que ces dernières ne découlaient pas de l'événement du 23 juillet 2016, dès lors que les symptômes et les limitations fonctionnelles qu'il avait présentées étaient incompatibles avec une première luxation de l'épaule. Elle a produit une appréciation chirurgicale établie le 22 novembre 2017 par la Dresse P._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, qui exposait de manière détaillée le processus de luxation de l'épaule et retenait notamment les éléments suivants :

Suite à un premier épisode de luxation avec une lésion de Bankart, il n'est pas rare de développer une luxation d'épaule itérative, qui est peu douloureuse, qui peut se réduire facilement, par la personne elle-même et qui n'entraîne pas de limitation fonctionnelle vraie dans l'immédiat, mais plutôt un évitement/appréhension de certains mouvements (afin d'éviter une nouvelle luxation), ceci caractérisant une épaule instable.

Les déclarations de Monsieur N._____ lors de l'entretien avec le service extérieur Care du 11 avril 2017 sont les suivantes : « Cela n'a pas été très douloureux » et « Je l'ai pris de la main gauche et j'ai tiré dessus. J'ai alors clairement senti que l'épaule droite se remettait en place » et encore « J'ai encore pas mal nagé ce jour-là ».

S'il est vrai que le ressenti de la douleur est variable d'un individu à l'autre, tout médecin urgentiste ne peut que confirmer qu'une luxation d'épaule - premier épisode - provoque d'importantes douleurs, et que seule la réduction entraîne un soulagement réel. De plus au vu des douleurs ressenties et de peur de provoquer une nouvelle luxation, la mobilisation du bras par la suite est des plus précautionneuses, et ne s'accorde guère avec la natation. De plus, Monsieur N._____ a continué d'exercer sa profession de logisticien/magasinier, profession qui nécessite l'utilisation des bras dans diverses positions.

Par conséquent, il paraît évident que chez Monsieur N._____, nous sommes, vraisemblablement, en présence d'une épaule instable sur luxation itérative.

Nous ne contestons ni la présence chez Monsieur N._____, d'une lésion de Bankart, lésion objectivée sur l'IRM réalisée le 3 février 2017, ni la présence d'une lésion SLAP, ni la présence d'une instabilité de l'épaule droite chez Monsieur N._____, ni l'indication opératoire, ni l'origine traumatique d'une lésion de Bankart.

Tout comme nous ne contestons pas le fait que Monsieur N._____ a subi une luxation de son épaule droite pour avoir une lésion de Bankart.

Sur tous ces points nous rejoignons le Docteur X._____.

La question est de savoir, quand a eu lieu, chez Monsieur N._____, l'événement vulnérant étant à l'origine de la luxation d'épaule qui est responsable de la lésion de Bankart et de l'instabilité. Au vu de ce qui est précité, il est plausible/vraisemblable que Monsieur N._____ souffre d'une instabilité de son épaule antérieure à l'événement de juillet 2016, événement dont le déroulement est peu clair.

Dans ce contexte, nous ne pouvons retenir une relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'instabilité de l'épaule droite - la lésion de Bankart - ayant motivé l'intervention du 29 mai 2017 et l'événement du 23 juillet 2016, cette relation de causalité est tout au plus possible.

En considérant, le rapport, établi par le Docteur X._____ et produit dans le cadre du recours, n'apporte aucun élément nouveau nous permettant de nous écarter des conclusions de la Docteure Q._____.

Dans sa réplique du 7 février 2018, G._____ a estimé nécessaire d'éclaircir le déroulement de l'événement survenu le 23 juillet 2016 en procédant à l'audition de l'assuré, voire à celle des témoins de cet événement et, le cas échéant, de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire.

Le 16 février 2018, la CNA a fait savoir qu'elle renonçait à dupliquer et renvoyait à ses précédentes écritures.

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 sur l'assurance-accidents du 20

mars 1981; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). 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) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, G._____, en tant qu'assureur-maladie de l'assuré, dispose de la qualité pour recourir (art. 49 al. 4 et 59 LPGA). Le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet la question de savoir si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec la prise en charge chirurgicale des lésions de son épaule droite.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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.

b) 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 ; 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. Le point de savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

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 »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). 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_696/2014 du 23 novembre 2015 consid. 2.2 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

4. Il faut tout d'abord constater que l'intimée ne conteste pas l'origine traumatique des lésions constatées à l'épaule droite. Elle estime en revanche qu'il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, ces lésions à l'événement annoncé.

Tant la Dresse Q._____, dans ses appréciations médicales des 4 avril et 5 mai 2017, que la Dresse P._____ dans son rapport du 22 novembre 2017, mettent en évidence que les déclarations faites par le recourant au sujet de l'événement du 23 juillet 2016 ne sont pas compatibles avec ce à quoi l'on doit s'attendre lors d'un premier épisode

de luxation de l'épaule. Elles soulignent tout d'abord qu'une première luxation de l'épaule est très douloureuse et que la réduction n'est pas aisée, de sorte qu'il est plus que rare que la personne lésée puisse réduire elle-même un premier épisode de luxation ; une réduction en étant dans l'eau apparaît par ailleurs impossible. Les suites d'une première réduction sont également douloureuses à la mobilisation de l'épaule. En ce sens, les déclarations de l'assuré n'apparaissent pas crédibles puisque celui-ci a expliqué que le déboitement n'avait pas été très douloureux, qu'il avait pu procéder lui-même à la réduction en étant dans l'eau, qu'il avait très vite pu recouvrer une bonne mobilité avec disparition des douleurs, qu'il avait pu continuer à nager durant le reste de la journée et avait pu reprendre son travail de logisticien/magasinier, qui nécessite l'utilisation des bras dans différentes positions. Dans les suites de cet événement, il n'avait par ailleurs pas jugé nécessaire de consulter un médecin. Selon la Dresse P._____, le processus de luxation et de réduction, tel que décrit par le recourant, est compatible avec une luxation récidivante, telle qu'on la rencontre dans un contexte d'épaule instable, dont l'origine serait dans le cas d'espèce antérieure à l'événement du mois de juillet 2016.

Quant aux autres médecins, ils concluent à l'origine traumatique des lésions présentées en relation avec l'événement du 23 juillet 2016 sans toutefois se prononcer sur l'intensité des douleurs ressenties à cette occasion ni sur le fait que l'assuré aurait réduit cette première luxation lui-même et dans l'eau. Leurs rapports médicaux ne sont par conséquent pas propres à remettre en cause les conclusions motivées et détaillées des Dresses Q._____ et P._____.

Au final, il apparaît que la causalité avec l'accident annoncé est tout au plus possible, mais pas vraisemblable au sens de la jurisprudence. Aucune mesure complémentaire d'instruction ne serait à même d'apporter un éclairage différent sur la présente problématique. Les réquisitions de la recourante peuvent dès lors être rejetées, celles-ci n'apparaissant pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (cf. sur l'appréciation anticipée des preuves ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 et les références citées).

5. a) Dans un autre grief, G._____ requiert de la CNA le remboursement des frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas, à savoir les frais de consultation auprès du Dr H._____ du 10 janvier 2017, les frais des consultations orthopédiques des 24 janvier et 7 février 2017 auprès du Dr D._____, les frais de la radiographie de l'épaule droite du 10 janvier 2017 ainsi que les frais relatifs à l'arthrographie et à l'IRM de l'épaule droite du 3 février 2017.

b) Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62). De même, selon la jurisprudence, les frais d'une expertise judiciaire seront mis à la charge de l'autorité administrative lorsque celle-ci a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 139 V 225 ; 137 V 210).

c) En l'occurrence, en raison des troubles de son épaule droite, l'assuré a consulté de lui-même son médecin traitant, le Dr H._____, le 10 janvier 2017, qui a fait réaliser une radiographie de l'épaule droite de l'assuré puis l'a adressé pour avis chirurgical au Dr D._____. Celui-ci a fait effectuer un complément de bilan par arthro-IRM, sur la base duquel il a proposé une prise en charge chirurgicale en date du 10 février 2017. Il apparaît ainsi que tant la consultation auprès du Dr H._____ que celles auprès du Dr D._____, de même que les imageries, ont été faites dans le cadre du traitement des lésions présentées par l'assuré - dont la prise en

charge est du ressort de la recourante – et non en vue de se prononcer sur la question de la causalité naturelle entre l'événement annoncé et les troubles dont souffre l'assuré.

Il n'y a par conséquent pas lieu de mettre les frais relatifs aux consultations et imageries précitées à la charge de la CNA.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA), de sorte qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 6 septembre 2017 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- G. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

et communiqué à :

- M. N. _____,

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 :