

VD_FINDINFO AMF 2/13 - 1/2015 vom 2. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AMF_2_13_-_1_2015

FR: VD_FINDINFO AMF 2/13 - 1/2015 du 2 février 2015

IT: VD_FINDINFO AMF 2/13 - 1/2015 del 2 febbraio 2015

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE MILITAIRE, SUITE D'UN ACCIDENT, AFFECTION APPARUE PENDANT LE SERVICE, FRAIS DE TRAITEMENT | 6 LAM, 59 LPGA

Erwägungen

E. 8

décembre 2011, dont les conclusions sont les suivantes : « L'arthro-IRM du 16 août 2011 montre bien des lésions de Hill-Sachs et de Bankart mais séquellaires à un ancien traumatisme car il n'y a pas d'état inflammatoire aigu autour de ces lésions. De plus la lésion de Bankart est arrondie prouvant aussi une ancienneté c'est-à-dire des lésions séquellaires à la première luxation. Comme le statu quo à l'époque montrait des signes d'appréhension, le médecin avait déjà évoqué le risque d'une seconde luxation avec ou sans événement particulier extraordinaire. En conséquence, l'opération est la conséquence des séquelles de la première luxation, donc à la charge de l'assurance militaire ». Par courrier du 24 janvier 2012, l'assurance militaire a transmis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement en lui demandant s'il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'instabilité antérieure de la glène humérale gauche pour laquelle une intervention chirurgicale était préconisée était une séquelle tardive de la luxation survenue le 3 avril 2005, pendant l'école de recrues. Le 26 janvier 2012, la Dresse G. _____, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'instabilité antérieure de l'épaule gauche était une séquelle tardive de la luxation survenue le 3 avril 2005 et de celle survenue en 2011, l'intervention chirurgicale n'ayant été proposée que lors du deuxième épisode, dans le but d'éviter une instabilité chronique. Dans l'appréciation du cas, ce médecin a indiqué ce qui suit : « Cet assuré a subi une luxation de l'épaule lors d'un match de football dans le cadre du service en avril 2005. L'orthopédiste consulté alors directement après le traumatisme ne relevait pas de séquelles osseuses, néanmoins il rappelait le haut risque de récurrence bien connue chez tous les patients ayant subi une luxation de l'épaule dans [leur] jeune âge. A aucun moment il n'est fait mention d'une possibilité d'intervention. L'assuré subit un nouvel accident propre à créer une nouvelle luxation de l'épaule, au football. Suite à cet événement il est pratiqué deux mois après une arthro-IRM de l'épaule gauche où il est décrit une avulsion du labrum antérieur. Sur l'arthrographie de l'épaule gauche il est dit : les clichés standards montrent une tête humérale en place. Il n'y a pas de remaniement osseux. Pas d'arrachement ni de calcifications suspectes. Selon le médecin-conseil d'B. _____, celui-ci relève des lésions de Hill Sachs et de Bankart qu'il décrit comme séquellaires, car sans inflammation aiguë autour de ces lésions. D'un point de vue médical, une première luxation de l'épaule favorise le risque de récurrence. Néanmoins il n'est habituellement pas fait d'intervention de stabilisation après le premier événement car la

récidive n'est pas certaine. Ce n'est qu'au deuxième, voir parfois troisième épisode que la stabilisation est proposée. Dans le cas précis il y a eu d'autre part un nouveau traumatisme. L'intervention est alors indiquée pour éviter une instabilité chronique de l'épaule. Sur le plan assécurologique, il existe une convention qui dit que l'assurance prenant en charge l'intervention est celle qui a assuré la luxation qui a déterminé l'indication opératoire ». L'assurance militaire s'est adressée, le 10 février 2012, à B. _____ en lui indiquant ce qui suit : « (...) En application de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) du 6 décembre 1985, concernant la collaboration et l'information réciproque des institutions de l'assurance-accidents obligatoire (assureur d'accidents) et l'assurance militaire (AM), ainsi que la restitution de prestations fournies à tort, l'assurance qui doit prendre en charge l'intervention chirurgicale est celle qui couvrait la personne lorsque l'indication opératoire est posée. Dès lors c'est à votre assurance qu'il appartient de prendre en charge les frais de l'intervention chirurgicale prévue sur l'épaule gauche ». Le 26 avril 2012, B. _____ a notifié à l'assuré une décision mettant un terme à la prise en charge de l'évènement du 15 juin 2011 avec effet au 27 septembre 2011, date de la dernière consultation. Cette décision a été envoyée le même jour, en copie, à la CNA division assurance militaire et à la Caisse maladie de l'assuré, [...]. B. _____ a en particulier retenu ce qui suit : « (...) En l'espèce, l'examen de votre dossier médical ne démontre pas l'existence d'un rapport de causalité entre l'évènement du 15 juin 2011 et les lésions à l'épaule gauche qui vont être opérées. En effet, selon l'avis de notre médecin consultant, ces troubles sont clairement préexistants à l'évènement du 15 juin 2011, lequel n'a pu décompenser que très momentanément la situation, ce au plus tard jusqu'au 27 septembre 2011. Le Dr Q. _____ relève que suite à la première luxation en date du 3 avril 2005 (prise en charge par l'assurance militaire), le Dr S. _____ avait déjà estimé à l'époque le risque de récurrence comme élevé. Dès lors le Dr Q. _____ confirme que l'opération est la conséquence des séquelles de la première luxation survenue le 23 avril 2005. Au vu de ce qui précède, il ressort du dossier médical qu'il est bien possible que vos troubles soient en rapport avec l'accident subi en 2005, évènement assuré par l'assurance militaire ». Aucune opposition n'a été formée à l'encontre de cette décision. L'assuré a été hospitalisé du 5 au 7 juillet 2012 au [...], lequel a transmis l'avis de sortie administratif du 9 juillet 2012 à la CNA division assurance militaire. Par courrier du 13 juillet 2012, cette dernière a informé l'hôpital que cette hospitalisation ne relevait pas de l'assurance militaire et l'a invité à adresser l'avis de sortie à qui de droit. Par courrier du 9 novembre 2012, l'assuré a demandé à la CNA de revoir sa position. Celle-ci l'a maintenu par courrier du 26 novembre 2012, se référant à la circulaire de l'OFAS du 6 décembre 1985 et se fondant sur un nouveau rapport médical de la Dresse G. _____ du 16 novembre 2012. Cette dernière formulait l'appréciation suivante : « Cet assuré a subi une probable première luxation en service en 2005. A l'époque selon l'orthopédiste consulté il n'y avait pas de lésions de type Bankart ou Hill-Sachs. Il avait annoncé la possibilité d'une récurrence. 6 ans après cette luxation, l'assuré décrit un traumatisme au football parfaitement adéquat pour créer une luxation, à lui seul. Les investigations montrent alors des lésions que le Dr Q. _____ estime anciennes. Il n'en demeure pas moins que l'assuré n'a pas nécessité d'intervention dans les suites immédiates de sa première luxation, pour preuve qu'il a évolué pendant 6 ans sans autre nécessité de consulter des médecins pour son épaule. Il a subi un nouveau traumatisme adéquat. C'est à la suite de ce nouveau traumatisme que l'indication opératoire a été définitivement posée. Même si le premier orthopédiste consulté en 2005, le Dr S. _____, avait mentionné la possibilité de récurrence, ce qui est fait habituellement pour tout jeune

homme qui présente une luxation, il n'en demeure pas moins que l'indication opératoire a été posée à la suite d'un nouveau traumatisme. L'intervention est en relation avec l'aggravation lors du 2^{ème} traumatisme en 2011 et non sur la base du premier traumatisme qui a eu lieu en service ». Dans un courrier du 19 décembre 2012, l'assuré a déclaré s'opposer à la prise de position de la CNA en invitant cette dernière à rendre, le cas échéant, une décision formelle. Par décision du 8 février 2013, l'assurance militaire a refusé à U._____ toutes prestations d'assurance consécutives à l'intervention chirurgicale subie sur son épaule gauche au mois de juillet 2012, au motif qu'il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'instabilité antérieure de la glène humérale gauche pour laquelle une opération avait été nécessaire en 2012 était une séquelle tardive de la luxation de l'épaule gauche survenue le 3 avril 2005. Cette décision a également fait l'objet d'une notification à B._____ et à Y._____. L'assuré s'est opposé à cette décision le 18 février 2013. Par décision sur opposition du 17 juillet 2013, l'assurance militaire a confirmé son refus de prise en charge des coûts liés à l'opération de stabilisation, en précisant qu'il incombait à B._____ de prendre le cas en charge. Cette décision sur opposition a également été notifiée à B._____ et à l'assurance-maladie, Y._____. La CNA s'est référée à l'art. 76 LAM et à la circulaire de l'OFAS du 6 décembre 1985, selon laquelle l'assureur tenu de prendre en charge les frais de traitement est « celui qui couvrirait le patient lorsque l'indication opératoire – suite à la dernière aggravation de l'affection – avait été posée ». Selon la CNA l'indication opératoire n'ayant été posée qu'après l'accident civil du 15 juin 2011, c'était, d'après la chronologie des événements, incontestablement ce dernier accident qui avait été à l'origine de la dernière aggravation de l'affection de l'épaule gauche justifiant l'opération pratiquée en juillet 2012. B. Par acte du 13 septembre 2013, l'assurance-maladie Y._____ (ci-après : la recourante) a formé recours contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, en ce sens qu'il ne lui appartient pas de prendre en charge les suites de l'accident du 15 juin 2011, respectivement à la réforme de la décision en ce sens qu'il appartient soit à l'assurance militaire, soit à B._____ de prendre en charge le cas. La recourante explique que le [...] lui a adressé une facture d'un montant de 923.70 fr. pour des soins dispensés à l'assuré du 13 janvier au 23 octobre 2012. Le 1^{er} juillet 2013, ce même établissement lui a adressé une nouvelle facture d'un montant de fr. 4'364.30 pour les traitements et l'hospitalisation du 5 au 7 juillet 2012. Selon Y._____, la question litigieuse est celle de savoir quel assureur est tenu de prendre en charge les frais de l'intervention chirurgicale subie par l'assuré en juillet 2012. Pour l'assureur-maladie, il est totalement exclu que ces frais soient mis à sa charge. Dans sa réponse du 17 octobre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours, celui-ci étant, selon elle, dénué de tout fondement. La CNA a demandé, à titre de mesures d'instructions, la production du dossier d'B._____ et cas échéant l'intervention de celle-ci à la procédure. Dans sa réplique du 19 novembre 2013, Y._____ a maintenu implicitement ses conclusions et invité le tribunal à appeler en cause B._____. Sur demande de la juge instructrice, B._____ a produit, le 18 décembre 2013, son dossier concernant l'accident du 15 juin 2011. Outre les rapports médicaux figurant déjà au dossier de l'assurance militaire, y figure un rapport médical du Dr Q._____ du 5 avril 2012, dans lequel il précise que l'indication opératoire n'était pas la luxation elle-même, mais les dégâts causés à l'épaule. Il explique que l'arthro-IRM effectuée en 2011 ne montrait pas de lésions fraîches, les lésions de Hill Sachs et de Bankart étant anciennes. Le Dr Q._____ explique que la présence d'une lésion de Bankart impliquait une poche de luxation capsulaire antérieure ; dans ces conditions un déboîtement

de l'épaule était susceptible d'intervenir dans toutes circonstances traumatiques ou autres sortant un peu de l'ordinaire. Les 4 et 21 février 2014, les parties ont indiqué n'avoir pas d'autres déterminations à formuler. En droit : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1, laquelle s'applique à l'assurance militaire selon l'art. 1 al. 1 LAM [loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire ; RS 833.1]) est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 let. a LPA-VD). b) Formé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. g LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond. On précisera qu'étant donné l'étroite communauté d'intérêts entre la recourante et l'assuré à la prise en charge du cas par l'assurance militaire, la qualité pour recourir d'Y._____ doit être admise, quand bien même il apparaît qu'elle ne s'est pas opposée à la décision de l'assurance militaire du 8 février 2013 (cf. ATF 127 V 107 consid. 2 ; art. 59 LPGA). c) Il n'y a pas lieu d'appeler en cause ou de faire intervenir B._____ à la présente procédure, dès lors que sa décision du 26 avril 2012, refusant la prise en charge de l'opération effectuée en juillet 2012 – dûment notifiée tant à l'assuré qu'à la CNA, division assurance militaire et à Y._____ - est entrée en force de chose décidée étant donné que ni l'assuré, ni la recourante, ni l'intimée n'ont formé opposition à celle-ci (cf. TF 9C_13/2010 du 23 février 2010). Le refus de prise en charge de l'opération par B._____ est donc définitif et exécutoire. d) De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr. la présente cause relève de la compétence du juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). b) La question litigieuse dans le cas d'espèce est celle de savoir si c'est à juste titre que la CNA division assurance militaire refuse de prendre en charge les frais liés à l'opération de stabilisation qu'a subi U._____ à l'épaule gauche au mois de juillet 2012. Singulièrement, il s'agit de déterminer s'il existe un lien de causalité entre l'accident du 3 avril 2005 dont ce dernier a été victime pendant son école de recrues et l'instabilité antérieure traumatique de la glène humérale gauche, pour laquelle l'indication opératoire a été posée. Il n'appartient en revanche pas à la Cour de Céans, ni d'ordonner la restitution éventuelle des prestations avancées par Y._____, ni de déterminer qui de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents pourrait être tenu responsable de la prise en charge de ces frais en lieu et place de l'assurance militaire. 3. a) Selon l'art. 5 LAM, l'assurance militaire couvre toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service (al. 1) ; elle n'est pas responsable lorsqu'elle apporte la preuve que l'affection est avec certitude antérieure au service, ou qu'elle ne peut pas avec

certitude avoir été causée pendant ce dernier (al. 2 let. a) et que cette affection n'a pas avec certitude été aggravée ni accélérée dans son cours pendant le service (al. 2 let. b). Si l'assurance militaire apporte la preuve exigée à l'al. 2, let. a, mais non pas celle exigée à l'al. 2, let. b, elle répond de l'aggravation de l'affection (art. 5 al. 3, première phrase, LAM). La responsabilité de l'assurance militaire pour une affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée pendant le service est fondée sur le principe dit de la «contemporanéité», en ce sens que la loi pose la présomption que le dommage a été causé par une influence due au service militaire (Jürg Maeschi , Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG], Berne 2000, n° 26 ss ad art. 5-7 ; Franz Schlauri , Die Militärversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 ème éd., 2007, n° 63 p. 1079). Il s'agit non seulement d'une présomption de fait, mais également d'une présomption juridique. La preuve de la certitude que doit apporter l'assurance militaire pour renverser cette présomption ne doit cependant pas être comprise dans un sens théorique et scientifique, mais dans son acception empirique. Elle est réputée acquise lorsqu'il est établi, selon l'expérience médicale, qu'une influence de facteurs liés au service est pratiquement exclue (ATF 111 V 141 consid. p. 146 et les références citées ; voir aussi ATF 111 V 370 consid. 1b p. 372 ; SVR 2008 MV n° 3 p. 7, 8C_283/2007, consid. 4.1 ; voir également TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.1).

b) Aux termes de l'art. 6 LAM, si l'affection est constatée seulement après le service par un médecin, un dentiste ou un chiropraticien et est annoncée ensuite à l'assurance militaire, ou si des séquelles tardives ou une rechute sont invoquées, l'assurance militaire en répond seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'affection a été causée ou aggravée pendant le service ou seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante qu'il s'agit de séquelles tardives ou de rechute d'une affection assurée. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui 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 p. 138 ; ATF 118 V 293 consid. 2c p. 296). En cas de rechute ou de séquelles tardives, la responsabilité de l'assurance militaire n'est engagée que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existe un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'affection assurée et, dans une certaine mesure, avec des influences subies pendant le service (Maeschi , op. cit., n° 24 ad art. 6). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p.188 consid. 1c p. 191) (cf. TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2).

c) La différence entre les conditions de la responsabilité selon l'art. 5 et l'art. 6 LAM réside notamment dans le fait que, dans le premier cas, un lien de causalité adéquate entre l'affection et les influences subies pendant le service est présumé, cette présomption ne pouvant être écartée que par la preuve certaine de l'absence d'un tel lien, alors que dans le second cas, l'existence de conséquences d'influences subies pendant le service doit être établie avec un degré de vraisemblance prépondérante, c'est-à-dire conformément à la règle de la preuve généralement appliquée en matière d'assurances sociales (ATF 123 V 137 consid. 3a) (cf. TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.3).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des

assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5). Conformément à la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent 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 permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 5. En l'espèce, ce ne sont pas les suites directes de l'événement du 15 juin 2011 (soit une chute sur l'épaule gauche lors d'un match de football, 2ème épisode de luxation) qui constituent l'objet du litige, ce qui exclut l'application de l'art. 5 LAM. Il s'agit plutôt d'examiner si, sous l'angle de l'art. 6 LAM, l'instabilité antérieure gléno-humérale gauche, pour laquelle l'assuré a été opéré en juillet 2012 et qui a été diagnostiquée à la suite de la seconde luxation, doit être prise en charge par l'assurance militaire à titre de séquelle tardive. Cette affection ne peut être prise en charge par l'assurance militaire que dans la mesure où il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle est consécutive à un événement assuré (cf. art. 6 LAM). a) La CNA division assurance militaire, qui refuse la prise en charge de l'opération, fonde sa position sur l'avis de son médecin conseil, la Dresse G._____, dont les conclusions divergent quant à l'obligation de prise en charge, par rapport à l'avis du Dr Q._____, médecin consultant d'B._____. Elle considère en effet que l'intervention chirurgicale est en relation avec le traumatisme qu'a subi l'assuré à son épaule gauche en 2011 et non avec la luxation de 2005. Or les explications données par cette spécialiste en chirurgie à l'appui de son avis n'emportent pas conviction, dès lors que, pour l'essentiel, elle fonde son opinion médicale sur le fait que l'indication opératoire a été définitivement posée après la seconde luxation et que l'assuré n'a pas eu besoin d'une intervention médicale dans les six ans qui ont suivi la première luxation. Elle procède ainsi essentiellement d'un raisonnement « post ergo propter hoc », lequel ne suffit pas à lui seul d'établir un lien de causalité entre l'événement de mars 2011 et l'instabilité antérieure gléno-humérale (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 ; cf. également TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Quant au Dr Q._____ - dont la spécialité (chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur) apparaît plus spécifique par rapport à l'atteinte à la santé en cause que celle de la Dresse G._____ (chirurgie) - il considère que l'instabilité gléno-humérale gauche pour laquelle l'assuré a été opéré en juillet 2012 est séquellaire à la première luxation qu'il a subie durant son école de recrue en 2005. Le Dr Q._____ explique à cet égard de manière objective et convainquante que les lésions de Hill Sachs et de Bankart constatées sur l'arthro-IRM du 16 août 2011 sont séquellaires à un ancien traumatisme, soit à la

première luxation, en l'absence d'état inflammatoire aigu autour de ces lésions ; il précise encore que la lésion de Bankart étant arrondie, cela prouve aussi son ancienneté. On relèvera d'ailleurs que la Dresse G. _____, dans son rapport médical du 26 janvier 2012, est également d'avis que l'instabilité antérieure de l'épaule gauche est une séquelle tardive de la luxation survenue le 3 avril 2005. Cette spécialiste reconnaît d'ailleurs que d'un point de vue médical, une première luxation de l'épaule favorise le risque de récurrence, une opération étant proposée, certes généralement après plusieurs épisodes de luxation, pour éviter une instabilité chronique. Les autres rapports médicaux au dossier vont également dans le sens d'un lien de causalité entre le premier épisode de luxation et l'instabilité gléno-humérale de l'épaule gauche. En effet, le Dr S. _____, consulté par l'assuré après sa première luxation, considérait déjà que le risque de récurrence était élevé (80%) (rapport médical du 8 avril 2005). Le Dr K. _____ avait d'ailleurs examiné l'assuré le 5 octobre 2005, quelques mois après la luxation du mois d'avril, pour des scapulalgies persistantes et avait recommandé une évaluation par un spécialiste. Vu ce qui précède, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé par l'art. 6 LAM, que l'instabilité gléno-humérale gauche est une séquelle tardive de la luxation du 3 avril 2005 survenue alors qu'il accomplissait son école de recrues, affection assurée par l'assurance militaire. Dès lors, il appartient à cette dernière assurance de prendre en charge les frais relatifs à l'intervention du mois de juillet 2012 et ses suites. On précisera enfin que la circulaire de l'OFAS de 1985 à laquelle se réfère l'intimée et qui prescrirait la prise en charge de l'opération par l'assurance-accidents n'est pas relevante, dans la mesure où elle est antérieure à l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance militaire (le 1^{er} janvier 1994). Cette dernière règle à son art. 76 la coordination entre l'assurance militaire et l'assurance-accidents. Sous l'angle de cette dernière disposition (selon laquelle les autres prestations que celles prévues à la première phrase sont prises en charge par l'assurance tenue directement à prestations selon la législation applicable) également, il appartient à l'assurance militaire de prendre le cas en charge (cf. également l'art. 64 al. 2 LPGA). b) Vu ce qui précède, le recours est admis. La décision sur opposition rendue le 17 juillet 2013 est réformée en ce sens que l'assurance militaire est tenue de prendre en charge l'opération que U. _____ a subie à son épaule gauche en juillet 2012 et ses suites. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (art. 61 let. a LPGA). Y. _____ n'a pas le droit à des dépens, les institutions d'assurance sociale ne pouvant prétendre à une telle indemnité (ATF 126 V 143 consid. 4). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 17 juillet 2013 par la CNA division assurance militaire est réformée en ce sens qu'il lui appartient de prendre en charge l'opération de l'épaule gauche effectuée en juillet 2012 et ses suites. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Y. _____, au [...], ■ U. _____, à [...], - CNA, Division assurance militaire, à Berne, - 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 :