

# VD\_FINDINFO AA 56/11 - 89/2013 vom 3. Oktober 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-10-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_56\\_11\\_-\\_89\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_56_11_-_89_2013)

FR: VD\_FINDINFO AA 56/11 - 89/2013 du 3 octobre 2013

IT: VD\_FINDINFO AA 56/11 - 89/2013 del 3 ottobre 2013

## Regeste

ACCIDENT, AA, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT, LIEN DE CAUSALITÉ, LÉSION DE L'ÉPAULE | 6 al. 1 LAA, 4 LPGA

## Erwägungen

### E. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

### E. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53). b) Est litigieux, en l'espèce, le point de savoir si le recourant peut prétendre à la prise en charge de ses troubles de l'épaule gauche par l'assurance-accidents, en lien avec l'événement du 29 mars 2008. En revanche, dès lors que la décision attaquée ne revient pas sur la prise en charge des atteintes aux coudes de l'assuré, quand bien même elle en discute le bien-fondé, la Cour de céans n'a donc pas à se prononcer à cet égard dans le cadre du présent litige.

### E. 3

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (cf. art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés (à savoir une atteinte

dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; 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 et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1; cf. RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2). aa) Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2<sup>ème</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). 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 des conséquences graves ou inattendues (cf. ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid. 2.1; cf. TF 8C\_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 71 p. 860). 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 (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et 121 V 35 consid. 1a avec les références citées). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1; cf. TF 8C\_995/2010 du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2). Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur ("mouvement non programmé", cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 74 p. 861 s.). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur – l'interaction entre le corps et l'environnement – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (cf. RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [TFA U 322/02 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). Lors de la pratique d'un sport par un assuré s'y adonnant plus ou moins régulièrement, professionnellement ou à titre privé, on prendra comme point de comparaison l'ensemble des personnes de la même catégorie se livrant à la même activité pour déterminer si l'événement présente un caractère exceptionnel, et ce n'est que dans ce cas qu'il pourra être, toutes autres conditions réalisées, considéré comme un accident. Pour qu'un événement survenu dans le cadre de la pratique d'un sport puisse être considéré comme accidentel, il faut que se soit produit un incident particulier ("besonderes Vorkommnis"), non programmé (cf. ATF 130 V 117 et les références citées). bb) En outre, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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. 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, Ulrich Meyer [éd.], 2<sup>e</sup> ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 79 p. 865). 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 événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; cf. RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss consid. 3b). 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. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 avec les références citées et 8C\_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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 (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). b) L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les

symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, ATF 123 V 43 consid. 2b, ATF 116 V 145 consid. 2c, ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références). A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie (cf. ATF 129 V 466 et 123 V 43; cf. TF 8C\_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1). 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 présentant une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008, consid. 2.1). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière 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. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1, 9C\_921/2010 du 23 juin 2010 consid.

### **E. 3.1**

et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 4.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve (cf. TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; cf. VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; cf. TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid.

### **E. 3.2**

et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

#### **E. 4**

En l'espèce, l'intimée réfute l'existence d'un risque assuré selon la LAA, considérant que les faits survenus le 29 mars 2008 ne répondent pas à la notion d'accident faute de cause extérieure extraordinaire, et que par ailleurs les troubles de l'épaule gauche du recourant ne relèvent pas d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Quant au recourant, il soutient que la question de l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire peut être laissée indécise dans la mesure où les troubles litigieux entrent dans la catégorie des lésions corporelles assimilées à un accident. a) En ce qui concerne le point de savoir si un facteur extérieur extraordinaire est survenu lors de l'événement du 29 mars 2008, il est vrai que selon la jurisprudence, le fait pour un joueur de golf de heurter le sol avec son club est relativement ordinaire et n'est pas constitutif d'un mouvement non programmé (cf. TFA U 475/05 du 5 juillet 2006 consid. 3.3). Contrairement à l'opinion défendue par l'intimée, on ne peut toutefois tirer argument de cette jurisprudence pour nier le caractère accidentel de l'événement du 29 mars 2008. En effet, aux termes de sa déclaration d'accident du 4 avril 2008, le recourant a expliqué que le jour en question, il jouait au golf lorsqu'il avait heurté une racine d'arbre dans laquelle son club s'était bloqué lors d'un mouvement. A la requête de l'assurance, il a ensuite précisé, le 7 avril 2009, qu'en voulant frapper un swing, la tête de son club s'était prise dans une racine qu'il n'avait pas vue et qui avait bloqué son club. Sur ce plan, le recourant est demeuré constant dans ses déclarations tout au long de la procédure, et ses dires ne sont du reste pas mis en doute par l'intimée. Aussi convient-il de retenir que le recourant n'a pas simplement frappé le sol avec son club le 29 mars 2008, mais que dans la mesure où il a heurté une racine dissimulée et que son club a été bloqué par celle-ci, un phénomène extérieur est venu modifier de manière anormale le déroulement naturel de son mouvement. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que la condition du facteur extérieur extraordinaire est remplie en l'occurrence et que l'événement du 29 mars 2008 doit donc être considéré comme un accident au sens des art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA, la réalisation des autres critères inhérents à cette notion n'étant pas discutée par les parties. b) L'existence d'un événement accidentel au sens des dispositions précitées n'exclut pas l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain, et involontaire suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'hypothèse où il existe également un facteur extraordinaire. Il faut cependant que la lésion (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (cf. TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). En l'espèce, les opinions des parties divergent quant à l'existence d'une lésion comprise dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA, singulièrement d'une déchirure de la coiffe des rotateurs assimilée par la jurisprudence à une déchirure tendineuse au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (cf. ATF 123 V 43 consid. 2b). Sur ce point, on notera que dans son rapport d'IRM du 19 novembre 2008, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a fait mention d'une image compatible avec une déchirure transfixiante du versant antérieur du sus-épineux, petite et complète. Or, aux termes du protocole opératoire relatif à l'intervention du 25 février 2009, le Prof. P.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir suturé une brèche longitudinale de 2 cm de long sur la coiffe des rotateurs. De ces éléments, il appert que l'image compatible avec une déchirure transfixiante telle qu'évoquée par la Dresse

K.\_\_\_\_\_ n'a en définitive pas été confirmée lors de l'intervention susdite. En effet, si le Prof. P.\_\_\_\_\_ avait constaté en cours d'opération le moindre indice dans le sens d'une déchirure tendineuse transfixiante, à savoir une déchirure traversant toute l'épaisseur du tendon soit en partie dans le sens de la largeur soit totalement (cf. rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2011 p. 11), on peut raisonnablement admettre qu'il n'aurait pas manqué d'en faire état dans le protocole opératoire et qu'il ne se serait en tous les cas pas contenté de signaler une brèche de 2 cm de le sens de la longueur. Dans ces conditions, le Dr G.\_\_\_\_\_ ne saurait être suivi lorsqu'il se fonde sur l'IRM de l'épaule gauche du 18 novembre 2008 pour conclure à une déchirure transfixiante du versant antérieur du tendon sus-épineux relevant de l'art. 9 al. OLAA (cf. rapport du 17 janvier 2011 p. 7 s.), cela d'autant moins qu'aux dires de ce médecin – qui a convenu « avec le Dr X.\_\_\_\_\_ qu'il aurait fallu faire une arthro-IRM au lieu d'une IRM simple » (cf. rapport du 21 septembre 2010 p. 3) –, le document le plus objectif est habituellement le protocole opératoire (cf. rapport du 17 janvier 2011 p. 2). On comprend en revanche que le Dr X.\_\_\_\_\_ ait considéré que l'IRM du 18 novembre 2008 était insuffisante pour affirmer qu'il y avait bien une perte de substance sur toute l'épaisseur du tendon, respectivement pour démontrer que la tendinopathie sévère du sus-épineux était à ce moment-là associée ou pas à une déchirure antérieure transfixiante (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2009 [p. 13] et rapports des 10 mai 2010 [p. 4 et 8] et 29 novembre 2010 [p. 6]). Il n'en demeure pas moins qu'une atteinte n'a pas besoin d'être transfixiante pour constituer une déchirure tendineuse assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, et qu'en l'espèce, l'existence d'une brèche longitudinale de 2 cm de long au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche est avérée. Cela étant, la Cour ne voit pas pour quels motifs une telle atteinte ne pourrait pas être assimilée à une déchirure tendineuse au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. A ce propos, il convient de relever que les arguments invoqués par le Dr X.\_\_\_\_\_ pour nier l'existence d'une lésion relevant de l'art. 9 al. 2 OLAA se focalisent sur l'origine de l'atteinte (selon lui dégénérative et non accidentelle [cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2009 p. 13 et compte-rendu du 10 mai 2010 p. 5]) et pas sur sa qualification intrinsèque. Il n'y a toutefois pas lieu de procéder à de plus amples développements sur le sujet dans la mesure où, quoi qu'il en soit, la lésion litigieuse ne peut être rattachée à l'événement accidentel en cause, ainsi qu'il sera démontré dans les considérants qui suivent (cf. consid. 5 infra).

## **E. 5**

Subsiste dès lors la question du lien de causalité entre l'événement du 29 mars 2008 et l'atteinte à l'épaule gauche présentée par le recourant, respectivement la question du caractère exclusivement dégénératif ou non d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

a) L'intimée a retenu que les troubles de l'épaule gauche présentés par le recourant ne pouvaient pas être mis en relation avec l'événement du 29 mars 2008, se référant sur ce point à l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin mandaté par l'assurance en tant qu'expert indépendant (et non pas médecin-conseil de l'intimée, contrairement à ce que soutient l'assuré [cf. mémoire de recours du 30 mai 2011 p. 31]). Dans le cadre de son expertise, après avoir examiné personnellement le recourant et analysé le dossier radiologique de celui-ci ainsi que les pièces médicales au dossier de l'intimée (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2009 p. 1), le Dr X.\_\_\_\_\_ a relevé que l'IRM du 18 novembre 2008 attestait la présence d'une tendinopathie sévère du muscle sus-épineux dans le cadre d'une arthropathie acromio-claviculaire avec ostéophytose débutante sous-acromiale entraînant un conflit sous-acromial. A cela s'ajoutait également, mais dans une mesure nettement moindre, une petite tendinopathie du sous-scapulaire et du long chef du biceps. De l'avis du

Dr X. \_\_\_\_\_, ces lésions n'étaient manifestement pas d'origine accidentelle puisque plusieurs tendons antagonistes étaient inflammatoires. De plus, l'action vulnérante ayant consisté en un blocage d'un mouvement de swing n'était pas appropriée pour entraîner une lésion du sus-épineux. Quant à la lésion longitudinale de 2 cm de long constatée lors de l'opération du 25 février 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ a estimé que celle-ci ne pouvait pas être mise en relation avec un problème de déchirure accidentelle dans la mesure où il s'agissait d'une fente se situant dans le sens de traction, ce que l'on rencontrait fréquemment dans le cadre de tendinopathies chroniques dégénératives. Au vu de ces éléments, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu que pour ce qui était de l'épaule gauche, la causalité naturelle ne paraissait tout au plus que possible, dès lors que cette articulation n'avait pas développé de pseudo-paralysie immédiate, qu'elle ne semblait pas avoir été traitée avant le mois de septembre 2008 puis investiguée avant le mois de novembre 2008, et que les lésions constatées n'étaient pas accidentelles. Dans ses observations ultérieures des 10 mai 2010 et 29 novembre 2010, l'expert X. \_\_\_\_\_ a maintenu son appréciation. b) Le recourant a pour sa part estimé que ses troubles de l'épaule gauche devaient être mis en lien avec l'événement du 29 mars 2008. A cet égard, il s'est essentiellement prévalu de l'opinion du Prof. P. \_\_\_\_\_ et de l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_. aa) Pour ce qui est du Prof. P. \_\_\_\_\_, celui-ci ne s'est initialement pas prononcé sur l'origine des troubles constatés (cf. rapport du 20 janvier 2009, protocole opératoire de l'intervention du 25 février 2009 et rapport du 2 mars 2009). Ce n'est qu'aux termes de son compte-rendu du 23 février 2010 que ce médecin a posé pour la première fois le diagnostic de syndrome post-traumatique de la coiffe des rotateurs gauche. A cette occasion, il a également exposé que « l'atteinte de M. D. \_\_\_\_\_ » était avec certitude due à l'accident du 29 mars 2008 compte tenu de la chronologie des événements, de l'âge du patient (les lésions dégénératives se voyant à partir de 50 ans environ) et du mécanisme indirect du traumatisme en rotation interne. Il a ajouté que l'arthro-IRM n'était pas obligatoire, la lésion de la coiffe ayant été confirmée par l'IRM et les constatations opératoires. Enfin, il a critiqué l'appréciation du Dr X. \_\_\_\_\_, considérant notamment que celui-ci manquait d'objectivité, qu'il n'avait pas examiné le patient en temps opportun et qu'une déchirure traumatique pouvait avoir toute topographie. On notera en premier lieu que le fait que le Prof. P. \_\_\_\_\_ n'ait évoqué un trouble post-traumatique de l'épaule gauche qu'après le rapport d'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2009 et le préavis négatif de l'intimée du 18 décembre 2009 est, en tant que tel, sujet à caution. Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne plus particulièrement la question du lien de causalité, la motivation du Prof. P. \_\_\_\_\_ tient en trois lignes et se réfère lapidairement à la chronologie des faits, à l'âge du patient et au mécanisme indirect du traumatisme en rotation interne, sans réelle explication. Outre que l'on voit mal comment une opinion médicale aussi succinctement exprimée pourrait être considérée comme concluante (cf. consid. 3c supra), il convient également de relever que les éléments invoqués par le Prof. P. \_\_\_\_\_ n'ont en aucun cas été ignorés par l'expert. Ainsi, le Dr X. \_\_\_\_\_ a pris en considération le déroulement des faits et l'action vulnérante en cause (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2009 p. 3 ss et p. 11 ss), mais n'en a pas moins considéré que les troubles litigieux n'étaient pas accidentels. Il a également précisé que l'âge auquel pouvaient en principe survenir des lésions dégénératives constituait une argumentation valable uniquement sur une population standard, et qu'il demeurait malgré tout que des problèmes mécaniques congénitaux pouvaient induire des conflits plus précocement, étant souligné que le conflit sous-acromial traité lors de l'intervention du 25 février 2009 témoignait en l'espèce d'un problème mécanique local (cf. rapport du 10 mai

2010 p. 5 et p. 7 s.). Dans ces conditions, l'opinion succinctement avancée par le Prof. P. \_\_\_\_\_ ne saurait mettre à mal les conclusions, plus circonstanciées, du Dr X. \_\_\_\_\_ A cela s'ajoute que les critiques du Prof. P. \_\_\_\_\_ à l'encontre du Dr X. \_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies. En effet, celui-ci a observé de manière pertinente que l'arthro-IRM n'était certes pas obligatoire, que cet examen permettait toutefois d'obtenir des informations plus précises, et que si les atteintes mises en évidence par l'IRM simple du 18 novembre 2008 étaient suffisantes pour poser l'indication à une intervention chirurgicale, il n'en restait pas moins que la pathologie de la coiffe des rotateurs n'était pas pathognomonique d'une lésion accidentelle (cf. rapport du 10 mai 2010 p. 8). Le Dr X. \_\_\_\_\_ a également dénié un quelconque manque d'objectivité, expliquant avoir limité ses constatations aux éléments pouvant objectivement être déduits des pièces médicales au dossier (cf. ibid. p. 6), ce qui ne saurait être reproché à un médecin mandaté en tant qu'expert indépendant; au reste, la Cour ne peut que constater que rien au dossier ne témoigne concrètement d'un manque d'impartialité du Dr X. \_\_\_\_\_ à l'égard du Prof. P. \_\_\_\_\_ (cf. consid. 5b/cc infra). L'expert a contesté de surcroît que l'on puisse lui reprocher de ne pas avoir examiné le patient en temps opportun, exposant de façon convaincante que le status clinique ne permettait pas de faire la différence entre une atteinte de type tendinopathie dégénérative ou conflit sous-acromial et une déchirure traumatique (cf. rapport du 10 mai 2010 p. 8). On relèvera enfin qu'en se limitant à relever qu'une déchirure traumatique pouvait avoir toute topographie, le Prof. P. \_\_\_\_\_ n'a pas démontré en quoi la brèche longitudinale constatée lors de l'opération du 25 février 2009 était d'origine accidentelle et non pas dégénérative comme retenu par le Dr X. \_\_\_\_\_. Il s'ensuit que l'analyse de ce dernier n'est nullement mise en doute par les critiques du Prof. P. \_\_\_\_\_. Par conséquent, on ne peut déduire de l'appréciation du Prof. P. \_\_\_\_\_ aucun motif pertinent justifiant de s'écarter des conclusions de l'expert X. \_\_\_\_\_. bb) Concernant le Dr G. \_\_\_\_\_, il faut tout d'abord relever, à l'instar de l'intimée (cf. réponse du 20 septembre 2011 p. 14), que ce médecin n'a pas personnellement examiné le recourant. La jurisprudence admet cependant qu'une expertise médicale fondée uniquement sur les pièces d'un dossier a valeur probante si ce dossier contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel de l'assuré (cf. TF 9C\_794/2008 du 21 août 2009 consid. 2.3 avec les références citées). En l'espèce, la question de savoir si le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur la base d'un dossier comprenant suffisamment de rapports médicaux rédigés sur la base d'un examen personnel du recourant peut toutefois demeurer indéterminée puisque quoi qu'il en soit, l'avis de ce médecin ne peut être préféré à celui de l'expert X. \_\_\_\_\_ pour les motifs exposés ci-dessous. Aux termes de son rapport du 21 septembre 2010, le Dr G. \_\_\_\_\_ a retenu l'existence d'une déchirure de la coiffe des rotateurs d'origine traumatique se trouvant en relation de causalité avec l'événement du 29 mars 2008. Il a en particulier tenu compte de l'âge de l'assuré, de l'absence d'anomalie congénitale pouvant induire des déchirures de la coiffe, de l'absence d'activités susceptible d'entraîner de telles lésions, de la localisation et du type de déchirure, ainsi que du traumatisme subi – position qu'il a maintenue dans son constat du 17 janvier 2011. Cela étant, il apparaît toutefois que le Dr G. \_\_\_\_\_ a axé son appréciation sous l'angle d'une déchirure de la coiffe des rotateurs considérée isolément, sans réellement intégrer à son raisonnement les tendinopathies et le conflit sous-acromial de l'épaule gauche mis en évidence par l'IRM du 18 novembre 2008 et l'intervention du 25 février 2009. En tant que son analyse ne tient donc pas compte du contexte médical intégral, on voit mal qu'elle puisse l'emporter sur celle du Dr X. \_\_\_\_\_, qui s'est pour sa part prononcé sur les

troubles de l'épaule gauche pris dans leur ensemble (cf. consid. 5a supra). De surcroît, le Dr G. \_\_\_\_\_ a totalement ignoré le fait que l'articulation acromio-claviculaire présentait non pas un simple hypersignal (cf. rapport du 17 janvier 2011 p. 6) mais un hypersignal dégénératif selon la radiologue K. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'IRM du 19 novembre 2008), laquelle a ultérieurement ajouté que le labrum antérieur présentait lui aussi de discrets signes dégénératifs, l'analyse restant délicate faute de produit de contraste intra-articulaire (cf. courriel du 16 août 2010 produit à l'appui du recours du 30 mai 2011). Or, ces éléments constituent autant d'indices dans le sens d'une atteinte dégénérative de l'épaule gauche. En pareilles circonstances, on ne saurait donc considérer l'analyse du Dr G. \_\_\_\_\_ comme étant exhaustive et convaincante. A cela s'ajoute que les différents éléments invoqués par ce médecin pour conclure à une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs ne permettent en rien de mettre en doute les conclusions de l'expert X. \_\_\_\_\_. Pour ce qui est plus particulièrement de l'âge auquel surviennent généralement les déchirures de la coiffe des rotateurs (cf. rapports du Dr G. \_\_\_\_\_ du 21 septembre 2010 p. 13 et du 17 janvier 2011 p. 12), il demeure que l'on ne saurait s'arrêter uniquement à de telles considérations génériques sans examiner les autres circonstances du cas concret. En effet, comme l'a exposé le Dr X. \_\_\_\_\_ (cf. déterminations du 10 mai 2010 p. 5), le critère de l'âge est purement statistique et ne s'entend que par rapport à une population standard. S'agissant en outre de l'absence d'anomalie congénitale pouvant favoriser une déchirure de la coiffe des rotateurs, le Dr G. \_\_\_\_\_ a considéré que l'acromion n'était pas crochu puisqu'il était de type II et que la distance sous-acromiale de 8 mm n'était pas diminuée (cf. rapports du 21 septembre 2010 p. 13 et du 17 janvier 2011 p. 5 et 7), se fondant à cet égard sur des indications fournies courant 2010 par la Dresse K. \_\_\_\_\_ (cf. courriel du 16 août 2010 précité), précisions dont le Dr X. \_\_\_\_\_ ne disposait donc pas lorsqu'il a évoqué en 2009 un rétrécissement de l'espace sous-acromial (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2009 p. 10 et 14 s.); tout au plus relèvera-t-on sur ce point que dans le cadre de ses observations ultérieures, le Dr X. \_\_\_\_\_ a noté que l'arthropathie acromio-claviculaire avec acromion de type II lui évoquait un trouble dégénératif vu l'âge de l'assuré (cf. rapport du 29 novembre 2010 p. 7). Le Dr G. \_\_\_\_\_ a par ailleurs retenu que l'assuré présentait effectivement une arthropathie acromio-claviculaire mais qu'il n'y avait pas d'ostéophytes inférieurs pouvant occasionner une déchirure du sus-épineux (cf. rapports du 21 septembre 2010 p. 13 s. et du 17 janvier 2011 p. 6 s.). Outre que le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a pas motivé cette assertion, il appert que la position du Dr X. \_\_\_\_\_ sur la question est plus nuancée, puisqu'il a conclu que l'IRM du 18 novembre 2008 montrait une arthrose acromio-claviculaire avec ostéophytose débutante sous-acromiale entraînant un conflit sous-acromial (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2009 p. 12) – étant relevé qu'en cas d'arthropathie acromio-claviculaire, comme en l'espèce, la formation d'ostéophytes peut effectivement induire un conflit avec irritation mécanique de la coiffe des rotateurs (cf. rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 21 septembre 2010 p. 13), tel le conflit sous-acromial levé lors de l'intervention du 25 février 2009. Il suit de là que l'on ne saurait se fonder sur les éléments invoqués par le Dr G. \_\_\_\_\_ pour exclure une atteinte dégénérative. De même, on ne voit pas en quoi le fait que l'assuré n'exerce aucune activité particulière susceptible de favoriser des lésions de la coiffe des rotateurs (cf. rapports du 21 septembre 2010 p. 14 et du 17 janvier 2011 p. 12) empêcherait de considérer ses troubles de l'épaule gauche comme dégénératifs. Au sujet de la localisation et du type de déchirure, il ressort des écrits du Dr G. \_\_\_\_\_ que celui-ci procède à un amalgame en ce qui concerne l'image compatible avec une déchirure transfixiante du versant antérieur du sus-épineux évoquée par la

radiologue K. \_\_\_\_\_ et la brèche longitudinale de 2 cm de long sur la coiffe des rotateurs constatée par le Prof. P. \_\_\_\_\_ (cf. notamment rapports du 21 septembre 2010 p. 14 et du 17 janvier 2011 pp. 8, 9 et 13). Or, ainsi qu'exposé plus haut, seule la brèche longitudinale peut être tenue pour dûment établie, l'image d'une lésion transfixiante n'ayant finalement pas été confirmée au cours de l'opération susdite (cf. consid. 4b supra). Partant, les observations du Dr G. \_\_\_\_\_ sur la question doivent donc être examinées avec une certaine retenue. En tout état de cause, même à admettre que l'emplacement et la forme de la déchirure concernée puissent être théoriquement compatibles avec une déchirure traumatique, cette seule corrélation ne permet pas de conclure à une origine traumatique (cf. rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 29 novembre 2010 p. 8). Il convient de garder à l'esprit qu'en l'occurrence, le Dr X. \_\_\_\_\_ a expliqué que la fente longitudinale présentée par le recourant ne pouvait pas être mise en relation avec une déchirure accidentelle dès lors qu'elle s'inscrivait de manière banale dans le cadre d'une tendinopathie dégénérative (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2009 p. 12 et 13) – étant précisé que si le Dr G. \_\_\_\_\_ conteste cette appréciation, il ne parvient toutefois pas à démontrer en quoi elle serait erronée. Pour le surplus, concernant les critiques du Dr G. \_\_\_\_\_ se rapportant aux connaissances médicales du Dr X. \_\_\_\_\_ à propos de la coiffe des rotateurs, il suffit de relever ici que ces critiques relèvent essentiellement de la querelle d'experts, qu'elles n'établissent en revanche pas que l'appréciation du Dr X. \_\_\_\_\_ serait inexacte, et qu'elles ne permettent donc pas de tirer des conclusions pertinentes pour l'issue de l'affaire. On soulignera notamment que quand bien même le Dr G. \_\_\_\_\_ reproche au Dr X. \_\_\_\_\_ de s'être fondé sur la notion désuète de tendons antagonistes (cf. rapport du 17 janvier 2011 p. 3), il reconnaît lui-même que les muscles et les tendons de la coiffe des rotateurs ont des rôles différents (cf. ibid. p. 13). Concernant enfin le traumatisme subi, le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé qu'un club de golf frappant à presque 200 km/h contre une racine d'arbre lui semblait tout à fait adéquat pour provoquer une déchirure de la coiffe des rotateurs (cf. rapport du 21 septembre 2010 p. 16). Il est ensuite revenu sur sa position, exposant que la vitesse de frappe d'un club de golf pouvait atteindre 160 km/h, qu'elle pouvait dépasser les 200 km/h chez les joueurs professionnels, et que pour un joueur moyen, elle pouvait aller de 110 à 150 km/h ou de 180 à 190 km/h (cf. rapport du 17 janvier 2011 p. 3); pour le surplus, il s'est référé aux « dégâts provoqués par un swing de plus de 100 km/h contrarié par une racine d'arbre » (cf. ibid. p. 7). Il apparaît ainsi que l'on ne peut manifestement pas déterminer la force de frappe du recourant lors de l'événement litigieux et que les valeurs avancées par le Dr G. \_\_\_\_\_ sont pour le moins fluctuantes. Partant, ses conclusions sur ce point ne sauraient être tenues pour décisives. Au surplus, si le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé que l'on pouvait envisager que le recourant ait souffert d'une déchirure de la coiffe des rotateurs suite à l'événement du 29 mars 2008, initialement asymptomatique, mais qui se serait agrandie avec le temps (cf. rapport du 21 septembre 2010 p. 16), il n'a toutefois avancé aucune réelle argumentation permettant de considérer cette supposition comme vraisemblable dans le cas particulier. A noter également que quand bien même l'impotence fonctionnelle ne serait, selon le Dr G. \_\_\_\_\_, pas nécessaire pour souligner le caractère traumatique d'une déchirure de la coiffe des rotateurs (cf. rapport du 17 janvier 2011 p. 5), on ne voit pas pour autant ce qui justifierait de ne pas en tenir compte dans le cadre d'une appréciation médicale portant sur le lien de causalité entre une lésion donnée et un événement accidentel; or, dans le cas d'espèce, il demeure qu'aucune impotence fonctionnelle en lien avec l'épaule gauche n'a été signalée dans les suites immédiates de l'événement du 29 mars 2008 (cf. rapport d'expertise du 2 novembre

2008 p. 13), l'intéressé n'ayant évoqué des difficultés à utiliser son membre supérieur gauche pour s'habiller et attacher sa ceinture de sécurité que dans la période ayant précédé l'intervention du 25 février 2009 (cf. *ibid.* p. 5). Au final, les éléments avancés par le Dr G. \_\_\_\_\_ n'incitent donc pas à écarter l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ selon lequel l'action vulnérante en cause ne serait pas propre à engendrer les lésions de l'épaule gauche du recourant. Il apparaît en définitive que si l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ prend le contre-pied de celle du Dr X. \_\_\_\_\_, elle ne repose toutefois sur aucun argument pertinent susceptible de mettre en doute les conclusions de ce dernier, qui doivent donc être préférées. On notera encore, au surplus, que l'on ne saurait suivre le Dr G. \_\_\_\_\_ lorsqu'il soutient que le Dr X. \_\_\_\_\_ aurait eu des propos dénigrants à son égard quant aux références médicales susceptibles d'être citées dans un compte-rendu (cf. rapport du 17 janvier 2011 p. 8), les propos de ce dernier illustrant tout au plus les approches différentes de ces deux médecins dans la présentation de leur analyse. cc) Pour le reste, il apparaît que le Dr X. \_\_\_\_\_ a établi son rapport d'expertise du 2 novembre 2009 ainsi que ses prises de position ultérieures en connaissance du dossier médical de l'assuré et au terme d'un examen clinique, qu'il a dûment pris en considération les plaintes du recourant, et qu'il a fait part de ses conclusions de manière claire et motivée. Cela étant, on ne voit pas que son appréciation contreviendrait aux règles applicables en la matière. En particulier, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend qu'il existerait un conflit entre le Dr X. \_\_\_\_\_ et le Prof. P. \_\_\_\_\_. Celui-ci ne le confirme aucunement dans son rapport du 23 février 2010, nonobstant les critiques – infondées (cf. consid. 5b/aa supra) – émises à l'encontre de l'objectivité de l'expert. Ce soi-disant conflit n'est corroboré par aucun indice concret et sérieux au dossier et a d'ailleurs été démenti par le Dr X. \_\_\_\_\_ (cf. prise de position du 10 mai 2010 p. 6). De même, c'est à tort que le recourant fait valoir que l'expert X. \_\_\_\_\_ aurait dénigré le Dr G. \_\_\_\_\_, ainsi qu'il a été exposé plus haut (cf. consid. 5b/bb). Sur ces questions, on ne peut en particulier rien conclure des quelques phrases extraites des rapports du Dr X. \_\_\_\_\_ et invoquées isolément par le recourant (cf. mémoire de recours du 30 mai 2011 p. 32 et 33). Enfin, on relèvera que dans la mesure où le Dr X. \_\_\_\_\_ est, comme le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, on ne saurait prétendre que ses compétences pour procéder à une expertise médicale dans la présente affaire seraient inférieures à celles de l'expert privé, contrairement à ce que tente de faire accroire le recourant (cf. *ibid.* p. 34). Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que les conclusions du Dr X. \_\_\_\_\_ sont convaincantes, qu'aucun motif ne permet de les remettre en cause, et qu'elles répondent ainsi aux exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3c supra; cf. également ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). On retiendra donc avec l'expert que le rapport de causalité avec l'événement du 29 mars 2008 paraît tout au plus possible en ce qui concerne l'arthropathie acromio-claviculaire, le conflit sous-acromial et les tendinopathies de l'épaule gauche du recourant, et que la brèche longitudinale de 2 cm de long constatée lors de l'opération du 25 février 2009 ne peut quant à elle être mise en relation avec une source accidentelle, ce qui conduit à nier l'existence d'un lien de causalité en l'occurrence (cf. consid. 3a/bb et 3b supra). c) A cela s'ajoute que l'argumentation du recourant repose largement sur un raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc », en principe insuffisant pour établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident assuré (cf. consid. 3a supra). L'apparition de douleurs à la suite d'un accident constitue au mieux un indice en faveur d'un rapport de causalité naturelle. Or, en l'occurrence, il n'y a pas d'autre circonstance sur laquelle s'appuyer pour corroborer cet indice et établir un tel

lien de causalité. Selon les déclarations du recourant au Dr X. \_\_\_\_\_, aucune douleur de l'épaule gauche n'a été signalée entre l'événement du 29 mars 2008 et le mois de septembre 2008 (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2009 p. 3 et 4). Si l'assuré est ensuite revenu sur ses déclarations en affirmant avoir consulté le Prof. P. \_\_\_\_\_ en juin 2008 tant pour le coude droit que pour l'ensemble du bras gauche (cf. mémoire de recours du 30 mai 2011 p. 4 et réplique du 14 novembre 2011 p. 5), il reste que selon la jurisprudence dite des premières déclarations ou des déclarations de la première heure, applicable de manière générale en matière d'assurances sociales, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré(e) a donnée alors qu'il/elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a). A cela s'ajoute que le Prof. P. \_\_\_\_\_ n'a fourni aucune indication corroborant la seconde version de l'assuré, puisqu'il n'a pas précisé les dates de consultations, ni n'a laissé à entendre que celles-ci avaient eu lieu simultanément pour le bras droit et l'épaule gauche (cf. rapport du 23 février 2010). Enfin, il est significatif de relever que seules des douleurs au coude droit ont été initialement décrites (cf. déclaration d'accident du 4 avril 2008 et certificat médical du Dr V. \_\_\_\_\_ du 25 février 2009), que l'IRM du 19 juin 2008 ne concernait que le coude droit, et que les séances de physiothérapie n'ont visé que ce même coude dans un premier temps (cf. prescriptions du Centre médico-chirurgical L. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2008 et du Prof. P. \_\_\_\_\_ du 19 juin 2008), avant de concerner également le coude gauche (cf. prescription du Prof. P. \_\_\_\_\_ du 21 août 2008), puis finalement l'épaule gauche (cf. prescription de physiothérapie du Prof. P. \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2008). Sur la base de ces éléments, même si le recourant a également ressenti des douleurs de moindre importance au coude gauche à la suite de l'événement du 29 mars 2008 (cf. formulaire du 7 avril 2009 et rapport d'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2009 p. 3), il demeure que l'apparition de douleurs à l'épaule gauche ne peut être tenue pour vraisemblable qu'à partir du mois de septembre 2008. Cela étant, on ne saurait suivre le Dr G. \_\_\_\_\_ lorsqu'il prétend que les douleurs du coude gauche et de l'épaule gauche seraient synchrones (cf. rapport du 17 janvier 2011 p. 7), les premières ayant été ressenties dès l'accident et les secondes dès le mois de septembre 2008 uniquement. Certes, l'intéressé a affirmé qu'il avait communiqué à l'intimée en mai 2008 qu'il souffrait de douleurs à l'épaule gauche (cf. note d'entretien téléphonique du 2 avril 2009), respectivement qu'il avait pris contact avec l'assurance après l'événement du 29 mars 2008 pour l'avertir de douleurs du bras gauche (cf. indications complémentaires de l'assuré du 7 avril 2009). Quoi qu'en dise l'assuré, il demeure que rien au dossier ne vient établir ses allégations sur le sujet et que ses déclarations ne peuvent donc être considérées comme établies au degré de la vraisemblance prépondérante. En conséquence, on retiendra que le recourant n'a décrit aucune douleur de l'épaule gauche avant septembre 2008, ce qui constitue un intervalle de six mois sans symptômes douloureux documentés médicalement, période durant laquelle l'intéressé a du reste continué à pratiquer le golf (cf. rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 21 septembre 2010 p. 2). A l'aune de ces éléments, comme l'a retenu le Dr X. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2009 p. 15 et rapport du 29 novembre 2010 p. 9), l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 29 mars 2008 et l'atteinte à l'épaule gauche peut d'autant moins être tenue pour vraisemblable. L'intervalle de six mois sans que l'assuré expose à un médecin souffrir de douleurs de l'épaule gauche – alors même qu'il était sous suivi médical pour son bras droit – exclut également d'appliquer l'art. 9 al. 2 let. f OLAA en relation avec une déchirure de la coiffe des rotateurs dont les

symptômes auraient été déclenchés par l'événement du 29 mars 2008. Quand bien même le recourant allègue dans sa réplique du 14 novembre 2011 (p. 7 ss) que les circonstances du cas d'espèce ne seraient pas strictement identiques à celles ayant donné lieu à la jurisprudence fédérale citée par l'intimée (cf. TF 8C\_940/2008 du 25 août 2009 consid. 5.2), il reste que le laps de temps écoulé entre l'événement dommageable et l'annonce des troubles litigieux permet une solution juridique analogue (cf. également TF 8C\_406/2009 du 9 avril 2010 consid. 3.2.3). Au surplus, l'arrêt 8C\_214/2011 invoqué par le recourant (cf. réplique du 14 novembre 2011 p. 8) ne lui est d'aucun secours puisque cette affaire concerne une assurée ayant signalé des douleurs de l'épaule droite treize jours après avoir subi un accident, et non six mois comme en l'espèce; dans cette affaire, le Tribunal fédéral n'a du reste pas admis le lien de causalité entre l'événement accidentel et l'atteinte en cause, mais a retourné le dossier à l'assureur-accidents pour complément d'instruction (cf. TF 8C\_214/2011 précité consid. 9). Enfin, on relèvera que les critiques du recourant quant à manière dont l'intimée a instruit le dossier médical sont infondées. Attendu que l'annonce du 4 avril 2008 visait exclusivement un accident-bagatelle ayant touché l'avant-bras droit et nécessitant des séances de physiothérapie, sans incapacité de travail, l'assurance n'avait en l'état aucun motif de procéder à des mesures d'investigation plus poussées. Ce n'est que lorsqu'elle a à nouveau été sollicitée en vue de l'intervention du 25 février 2009 concernant l'épaule gauche que l'intimée s'est vu contrainte de recueillir une plus ample documentation médicale, si bien que cet écart de près d'une année ne saurait lui être reproché. d) En définitive, il apparaît que c'est à bon droit que l'intimée, se fondant sur l'analyse du Dr X.\_\_\_\_\_, a nié le lien de causalité entre l'événement du 29 mars 2008 et les troubles de l'épaule gauche du recourant et refusé la prise en charge de cette atteinte. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. En outre, concernant la requête du recourant visant à la tenue d'une audience aux fins d'entendre le Dr G.\_\_\_\_\_ ainsi que divers témoins, il s'agit là manifestement d'une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle, à l'interrogatoire des parties, à l'audition de témoins ou à une inspection locale) ne suffisant pas à fonder l'obligation d'organiser des débats publics (cf. TF 8C\_973/2010 du 21 avril 2010 consid. 2.1).

## **E. 6**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (cf. art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.