

VD_GERICHTE ZA14.021933 vom 24. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.021933

FR: VD_GERICHTE ZA14.021933 du 24 novembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZA14.021933 del 24 novembre 2015

Erwägungen

E. 4

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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). 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). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement 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; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être

- 28 - tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement, 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; TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3 et les références citées). 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 (ATF

118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202), qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. Les fractures; b. Les déboîtements d'articulations; c. Les déchirures du ménisque; d. Les déchirures de muscles; e. Les élongations de muscles;

- 29 - f. Les déchirures de tendons; g. Les lésions de ligaments; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a; 116 V 145 consid. 2b). 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. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b; 116 V 145 consid. 2c; 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. Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement

- 30 - répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle 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'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (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 (TF 8C_357/2007 précité consid. 3.2). 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, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de

- 31 - contradiction et qu'aucun indice concret ne permette 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 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant du médecin traitant de l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte de la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 et les références). Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'assureur-accidents (ATF 125 V 351). En définitive, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de cet ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

E. 5

a) En l'espèce, dans son expertise du 16 décembre 2012, le Dr Z. _____ constate que les troubles dont souffre le recourant sont d'origine dégénérative et ne sont ainsi plus en lien de causalité avec l'accident du 8 février 1998, depuis le 8 avril 1998 au plus tard. Au contraire, dans son expertise privée du 5 mai 2014, le Dr C. _____ retient que l'assuré présente clairement des lésions d'origine traumatique,

- 32 - lesquelles n'ont jamais guéri depuis l'accident et sont dès lors toujours en lien de causalité avec celui-ci. Les deux expertises sont ainsi contradictoires. Elles retiennent en particulier des diagnostics différents sur lesquels se fondent les deux experts pour poser leurs conclusions quant au lien de causalité existant entre ceux-ci et l'accident du 8 février 1998. b) L'expert mandaté par l'intimée, le Dr Z. _____, retient en substance que « compte tenu du scénario déployé par la suite [de l'accident] », le recourant souffre d'une

tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, laquelle a peut-être été décompensée par une possible contusion lors de l'accident du 8 février 1998. Pour arriver à cette constatation, il se fonde ainsi essentiellement sur l'anamnèse qu'il retient dans son expertise, en l'occurrence sur le fait que le recourant aurait récupéré rapidement une fonction usuelle de l'épaule, qu'il aurait poursuivi certaines de ses activités sportives contraignantes pour l'épaule, à savoir le tennis, le bowling et le ski nordique, et qu'il n'aurait pas suivi de traitement soutenu à la suite de l'accident. Or, l'anamnèse retenue par le Dr Z._____ est contestée par le recourant ainsi que par le Dr E._____, son médecin traitant, et l'expert C._____ qu'il a mandaté. Par ailleurs, bien qu'il n'existe plus de document radiologique de l'époque de l'accident, le Dr W._____ a informé l'intimée dans son courrier du 22 mai 2012 qu'il était question d'une lésion aiguë et non d'une lésion sportive récidivante lorsqu'il a été consulté par l'intéressé dans les jours qui ont suivi l'accident du 8 février 1998. Quant à la récupération de la fonction de l'épaule gauche on peut douter que tel soit ou ait été le cas, le recourant ayant encore informé M._____ le 13 juin 1999 souffrir de douleurs récidivantes. D'autre part, les Drs C._____ et E._____ ont tous deux remarqué lors de l'examen clinique que l'amplitude était limitée au niveau de cette épaule en comparaison avec l'épaule droite. S'il est vrai que le recourant n'a jamais présenté d'incapacité de travail, le Dr Z._____ n'apporte toutefois aucun élément convaincant permettant d'admettre que le recourant a récupéré

- 33 - la fonction usuelle, en d'autres termes complète, de son épaule gauche. Enfin, l'argument selon lequel le recourant n'aurait pas suivi de traitement soutenu à la suite de son accident est peu concluant dans la mesure où ce dernier est lui-même médecin et suit un auto-traitement depuis l'accident par la prise d'anti-douleurs, d'anti-inflammatoires et par des séances de physiothérapie (cf. courrier du 13 juin 1999 à M._____). S'il ne s'agit pas d'un traitement chirurgical, dont l'indication n'a été clairement posée qu'à l'occasion de l'expertise du Dr C._____, on peut en l'espèce considérer que le recourant a suivi le traitement conservateur suggéré pour ce type d'atteinte (cf. expertise du Dr C._____, p. 35), ayant choisi à l'époque de se concentrer sur sa profession de médecin, laquelle n'était que peu perturbée par ses troubles. Par ailleurs, bien que le Dr Z._____ ait exigé un bilan radiologique standard à l'occasion de son évaluation, il n'en tire pratiquement aucun élément dans son rapport d'expertise. En outre, s'il note au cours de l'examen clinique que l'amplitude active des épaules en abduction ainsi que la force de préhension du recourant sont nettement diminuées à gauche, il s'abstient toutefois d'apprécier ces observations par la suite. Il commente par ailleurs l'IRM du 21 février 2012 du Dr N._____ de manière lacunaire comme le remarquent à juste titre les Drs C._____ et E._____. Surtout, il semble ignorer, au contraire de ses confrères précités, les signes parlant en faveur d'une rupture partielle du tendon du sous-scapulaire relevés par le radiologue susnommé. Au vu de ces éléments, on peut douter que le Dr Z._____ ait tenu compte des particularités du cas d'espèce. Il motive pourtant essentiellement ses conclusions sur des aspects de l'anamnèse qui ont été infirmés de manière convaincante et ne tient pas compte d'éléments objectivement vérifiables cliniques et radiologiques. c) En revanche, dans son rapport d'expertise du 5 mai 2014, le Dr C._____ retient tout d'abord le diagnostic de lésion partielle post-traumatique du plexus brachial touchant les nerfs axillaire et suprascapulaire. Le Dr C._____ a pu constater cette lésion en se fondant sur un examen clinique du recourant, au cours duquel il a remarqué une

- 34 - amyotrophie surtout de la fosse sus-épineuse et moins de la fosse sous-épineuse gauches, ainsi qu'une hypoesthésie et une faiblesse musculaire dans le territoire des nerfs suprascapulaire et axillaire. Ces éléments cliniques sont confirmés d'une part par l'examen clinique du Dr E. _____ (cf. rapport du 23 mars 2013) mais également par l'examen neurologique et l'EMG pratiqués le 9 janvier 2014 par le Dr H. _____. Le Dr C. _____ constate de manière convaincante que la lésion du plexus brachial ne peut être que d'origine traumatique. Le Dr C. _____ pose ensuite le diagnostic de déchirure partielle post-traumatique de la coiffe des rotateurs touchant les tendons sus-épineux et sous-scapulaire. Ces lésions tendineuses ressortent clairement de l'arthro-IRM pratiquée le 7 janvier 2014 au cours de l'expertise privée, dont les conclusions sont notamment les suivantes : « déchirure transfixiante du tendon supra-épineux sans rétractation de ce dernier et sans amyotrophie sus-jacente. Déchirure transfixiante du tendon supra-épineux s'étendant de manière disséquante sur toute sa largeur et s'étendant jusqu'au tiers supérieur du tendon infra-épineux. [...] Fissuration intra-tendineuse dans l'épaisseur du tendon sous-scapulaire et altération fissuraire de l'extrémité supérieure du tendon sous-scapulaire ». Le Dr C. _____ affirme par ailleurs que cette déchirure partielle de la coiffe des rotateurs est d'origine traumatique. Il fonde cette constatation, d'une part sur la présence d'une lésion du plexus brachial et, d'autre part, sur l'action vulnérante de la chute à ski survenue le 8 février 1998. Au contraire du Dr Z. _____, qui estime de manière peu convaincante que le mécanisme accidentel n'était qu'une simple chute de la hauteur du recourant très peu susceptible de générer une lésion d'une des structures de la coiffe des rotateurs, le Dr C. _____, comme le Dr E. _____, retient qu'il s'agissait d'un accident à haute énergie. Le Dr C. _____ prend ainsi en considération l'énergie de l'impact, en tenant compte de l'énergie potentielle (poids et hauteur du recourant) et de l'énergie cinétique, élément négligé par le Dr Z. _____. Le Dr C. _____ peut dès lors affirmer, compte tenu de la présence d'une lésion partielle du plexus brachial et de l'importance de l'action vulnérante de l'accident, que la déchirure partielle de la coiffe des rotateurs est elle aussi d'origine

- 35 - traumatique. Dans son rapport d'expertise, il exclut de plus l'origine dégénérative d'une telle atteinte, en examinant tout d'abord l'hypothèse selon laquelle le recourant présentait déjà une déchirure de la coiffe des rotateurs avant l'accident du 8 février 1998; sur ce point, il a observé que selon toutes les études, il n'y avait aucune déchirure dégénérative survenant avant 40 ans. Le Dr C. _____ a ensuite envisagé l'hypothèse que la déchirure n'avait rien à voir avec l'accident et était survenue postérieurement; toutefois, sur la base des études qu'il cite, il parvient à la conclusion que la probabilité que la déchirure soit d'origine dégénérative est quasiment exclue dès lors que dans le cas d'espèce, le patient n'a pas 50 ans et que le tendon sous-scapulaire est également touché. On constate donc que le Dr C. _____ a questionné de manière approfondie les éléments permettant d'admettre ou d'exclure que les atteintes dont souffre le recourant seraient liées à un trouble dégénératif. d) Pour sa part, le Dr Z. _____ semble avoir procédé à une analyse relativement générale, en prenant peu en considération les circonstances du cas concret. Il n'a pas tenu compte du rôle de la vitesse lors de la chute, aspect pourtant évidemment pertinent dans l'examen des conséquences potentielles d'un accident de ski, a fortiori sachant que le recourant était un skieur chevronné, habitué aux descentes rapides. Le Dr Z. _____ pose par ailleurs ses conclusions de manière ambiguë, dès lors qu'il n'exclut pas la possibilité d'une lésion des structures de la coiffe des rotateurs d'origine accidentelle, mais reste vague sur les conclusions qu'il faudrait en tirer, dans cette hypothèse, en ce qui

concerne une évolution vers un statu quo sine. Ses conclusions sur ce point résultent en effet exclusivement de son analyse relative à l'hypothèse, plus probable selon lui, d'une simple contusion sous-acromiale. Le Dr Z. _____ est également ambigu lorsqu'il admet que l'impotence fonctionnelle qu'a présentée l'épaule après l'accident peut rendre compte d'une lésion anatomique significative, tout en ajoutant qu'elle n'exclut pas à elle seule une simple contusion, a fortiori une contusion sur des tissus préalablement fragilisés. C'est le lieu de rappeler qu'une lésion tendineuse est assimilée à un accident dès lors que son origine exclusivement dégénérative n'est pas manifeste, ce qui ne paraît précisément pas le cas au regard des

- 36 - explications du Dr Z. _____. Ce dernier poursuit ensuite selon le même type de raisonnement, en exposant que l'évolution peut « à la rigueur » corroborer une lésion tendineuse aigüe mineure, scénario qui n'exclut pas le retour à un status fonctionnel usuel à court ou à moyen terme. Qu'un tel retour ne soit pas exclu ne permet pas de constater qu'il soit établi. En ce qui concerne l'évolution vers un statu quo sine, le Dr Z. _____ affirme ensuite, sans référence à des études scientifiques, qu'une contusion/entorse bénigne de l'épaule cesse généralement de déployer ses effets après une période de quelques semaines, rarement plus de trois ou quatre. Une extension de la symptomatologie dans le temps peut être admise, en cas de troubles dégénératifs sous-jacents, en particulier pour la coiffe de rotateurs, mais en principe pas trois à quatre semaines supplémentaires, pour autant que le traitement soit adéquat. Sur ce point, on observe, d'abord, que le Dr Z. _____ reste dans l'ambiguïté en mentionnant une contusion/entorse bénigne de l'épaule, sans préciser s'il vise aussi, par cette désignation, l'hypothèse d'une déchirure accidentelle de la coiffe des rotateurs. Il fonde ensuite son raisonnement sur le fait que le recourant aurait retrouvé rapidement une fonction adéquate, ce qui n'est pas établi, le recourant ayant toujours soutenu que son épaule avait continué à le faire souffrir lors de certaines activités, quand bien même il avait pu poursuivre son activité professionnelle. Enfin, le Dr C. _____ a objecté, de manière probante, que l'argumentation du Dr Z. _____ relative à une guérison d'une lésion de la coiffe des rotateurs après quelques semaines n'était pas corroborée par les études scientifiques publiées; dans ce contexte, le point de savoir si des facteurs dégénératifs ont pu, progressivement, prendre une part importante dans les symptômes présentés par le recourant n'est pas déterminant, dès lors qu'ils n'en sont pas la cause manifestement exclusive.

E. 6

Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr C. _____ établit de manière probante que l'accident de ski du 8 février 1998 a provoqué une lésion du plexus brachial et une déchirure partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, sans que le status quo ante ni le status quo

- 37 - sine ait été atteint à ce jour. L'expertise du Dr Z. _____ ne peut en revanche pas être suivie sur ce point. Partant, il appartiendra à l'intimée de prendre en charge le traitement de ces lésions et d'allouer, cas échéant, les prestations en espèces pendant l'incapacité de travail ou à la suite de ce traitement.

E. 7

Le Dr C. _____ constate également que le recourant présente un ganglion-cyst du long chef du biceps et une arthropathie acromio-claviculaire, d'origine probablement accidentelle. Son argumentation relative à l'origine accidentelle de ces deux atteintes est

toutefois peu convaincante. En effet, le Dr C. _____ expose que le ganglion-cyst au niveau de la gouttière bicipitale révélé par l'arthro-IRM du 7 janvier 2014 est une découverte exceptionnelle. Seule trois cas sont mentionnés dans la littérature médicale, dont un est lié à une chute et les deux autres ont été trouvés chez des patients beaucoup plus âgés (58 et 75 ans) que le recourant. Au vu de ces éléments, le Dr C. _____ considère qu'il est difficile d'être catégorique sur la cause d'une telle lésion, mais finit par conclure que le ganglion-cyst est probablement lié à la chute du 8 février 1998. S'agissant, d'autre part, de l'arthropathie acromio-claviculaire, le Dr C. _____ explique que l'« on peut tout à fait imaginer que, suite au traumatisme subi le 8 février 1998, le patient a eu une entorse acromio-claviculaire de l'épaule gauche, qui par la suite se manifeste par une arthropathie acromio-claviculaire ». Lorsqu'il répond aux questions du recourant, il indique que la chute à ski était tout à fait susceptible de provoquer une entorse acromio-claviculaire et que le scénario selon lequel il en aurait résulté une arthropathie quinze ans plus tard paraît probable. L'argumentation du Dr C. _____ ne suffit pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'origine accidentelle du ganglion-cyst et de l'arthropathie acromio-claviculaire. S'agissant de la première atteinte, le Dr C. _____ ne fonde ses constatations que sur la littérature médicale, qui ne mentionne que trois cas, dont un seul d'origine traumatique. Cela permet tout au plus de considérer l'accident du 8 février 1998 comme une cause possible du ganglion-cyst. Par ailleurs, le fait d'imaginer que le recourant a subi une entorse acromio-claviculaire de

- 38 - l'épaule gauche lors de l'accident ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance exigé, un lien de causalité avec l'arthropathie acromio-claviculaire actuelle. Il s'ensuit que l'intimée n'est pas tenue de prendre en charge le traitement du ganglion-cyst et de l'arthropathie acromio-claviculaire dont souffre le recourant, ainsi que les suites de ce traitement.

E. 8

Le dossier permettant à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de procéder à l'audition du recourant et du Dr C. _____ telle que requise par l'intéressé. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

E. 9

Le recourant requiert en outre la prise en charge par l'intimée des frais de l'expertise réalisée par le Dr C. _____. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 135 V 473; 115 V 62). En l'occurrence, la production de l'expertise privée s'est révélée utile à la solution du litige dès lors qu'elle a permis à la Cour de céans de se déterminer sur les points litigieux, à savoir sur les atteintes provoquées par l'accident du 8 février 1998 et sur la prise en charge de celles-ci par l'intimée. Il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion du recourant tendant à la prise en charge des frais de l'expertise réalisée par le Dr C. _____. Il appartiendra à l'intimée, à qui la cause est renvoyée, de statuer dans ce sens, une fois qu'elle aura pu examiner la facture présentée par l'expert.

E. 10

a) Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision sur opposition annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée afin qu'elle prenne

- 39 - en charge le traitement de la lésion du plexus brachial et de la coiffe des rotateurs constatées par le Dr C._____ et qu'elle statue sur les éventuelles prestations en espèces à allouer ; elle prendra également en charge les frais d'expertise privée après vérification de la facture du Dr C._____. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de mettre à la charge de Y._____ et d'arrêter à 2'500 fr., auxquels s'ajouteront les frais d'expertise, sur le montant desquels l'intimée statuera après vérification de la facture.

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