

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 octobre 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Neu et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne,

et

A._____, [...], à [...], intimée, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 4 LPGA; art. 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, travaillait auprès de l'[...] depuis le 1^{er} août 2003 en qualité de manager et était à ce titre assuré auprès de W. _____ (désormais A. _____ [...]; ci-après : A. _____) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration d'accident-bagatelle du 4 avril 2008, l'intéressé a annoncé à A. _____ que le 29 mars 2008, en jouant au golf, il avait heurté une racine d'arbre dans laquelle son club s'était bloqué lors d'un mouvement, provoquant une douleur importante dans l'avant-bras droit. Il a indiqué qu'il présentait une déchirure musculaire et des douleurs dans les tendons au niveau de cet avant-bras, que les premiers soins lui avaient été prodigués au Centre médico-chirurgical L. _____ et que la suite du traitement consistait en de la physiothérapie.

En date du 19 juin 2008, la Dresse T. _____, radiologue, a adressé au Prof. P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du coude droit. A titre d'indication, il était fait mention de douleurs migrantes de la face postérieure et épicondylienne du coude droit suite à un accrochage avec une branche en jouant au golf. Selon les conclusions de la Dresse T. _____, l'IRM était normale et il n'y avait pas d'argument morphologique pour expliquer la symptomatologie du patient.

Dans un rapport du 19 novembre 2008 destiné au Prof. P. _____ et faisant suite à une IRM de l'épaule gauche effectuée le 18 novembre précédent, la Dresse K. _____, radiologue, a fait part de ce qui suit :

"Anamnèse, indication : douleurs de l'épaule. Coiffe des rotateurs
?Description :

- L'analyse du tendon du muscle sus-épineux met en évidence une nette altération dans son signal à partir de la jonction

myotendineuse jusqu'au niveau de son insertion sur la grande tubérosité de la tête humérale et il s'agit d'un tendon en hypersignal diffus très épaissi dans le sens d'une tendinite sévère dans sa partie tout à fait antérieure, une discontinuité des fibres est visible dans le plan coronal et surtout dans le plan sagittal, ce qui parle en faveur d'une déchirure dans cette partie antérieure de la coiffe. Le muscle en distalité garde une trophicité normale et la source du conflit est très vraisemblablement l'articulation acromioclaviculaire qui présente un hypersignal dégénératif et une hypertrophie modérée.

- Le tendon du muscle infra-épineux se présente avec un signal correct, de morphologie normale.

- Le tendon du muscle sous scapulaire présente également des hypersignaux dans son épaisseur, l'aspect évoque une tendinite du muscle sous scapulaire, toutefois de moindre importance par rapport à celle du sus-épineux. Le tendon du long chef du biceps se trouve dans sa gouttière et dans son passage immédiat en intra-articulaire, il se présente un hypersignal sur toutes les séquences tuméfié, l'aspect est compatible avec une tendinite du long chef du biceps dans son passage intra-articulaire sous les fibres superficielles du muscle sous scapulaire.

- Présence également d'une minime bursite sous acromiale.

Conclusion, proposition :

Aspect IRM parlant en faveur d'une tendinite sévère du sus-épineux qui concerne l'ensemble du tendon jusqu'à la jonction myotendineuse avec une image compatible à une déchirure transfixiante dans son versant antérieur. Petite déchirure transfixiante complète associée à une bursite sous acromiale. Tendinite associée du long chef du biceps dans son passage immédiat intra-articulaire en profondeur par rapport aux fibres du tendon sous-scapulaire, tendon sous-scapulaire qui présente également une altération dans le sens d'une tendinopathie modérée."

Par rapport du 20 janvier 2009, le Prof. P. _____ a signalé à A. _____ que l'assuré présentait un syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et qu'il était prévu de procéder à une suture de la coiffe et à une acromioplastie le 25 février 2009. Le 13 février 2009, l'assurance a accordé une garantie de paiement sous réserve des informations à venir. Ayant réalisé l'intervention en question le 25 février 2009, le Prof. P. _____ a établi un protocole opératoire aux termes duquel il a notamment exposé qu'il avait pratiqué une acromioplastie verticale et horizontale permettant d'enlever le conflit sous-acromial et qu'une brèche longitudinale de 2 cm de long sur la coiffe des rotateurs avait été suturée.

Il est ressorti d'un certificat médical du 25 février 2009 établi par le Dr V._____, du Centre médico-chirurgical L._____, que l'assuré avait été pris en charge le 31 mars 2008 pour des douleurs au coude droit survenues en exécutant un mouvement de frappe avec son club de golf, que des douleurs au niveau de l'épitrôchlée droite avaient été constatées, qu'un diagnostic provisoire d'élongation du muscle épitrôchléen avait été retenu, et qu'un traitement conservateur avait été prescrit mais pas d'incapacité de travail.

Dans un rapport du 2 mars 2009, le Prof. P._____ a posé le diagnostic de syndrome de la coiffe des rotateurs gauche avec brèche de 2 cm et conflit sous-acromial. Il a observé que suite à l'intervention du 25 février 2009, la période de rééducation serait de deux mois environ.

Selon une note d'entretien établie par A._____ le 2 avril 2009 à la suite d'un appel téléphonique de l'assuré, ce dernier a déclaré qu'il avait téléphoné à l'assurance au mois de mai 2008 pour indiquer qu'il présentait des douleurs à l'épaule gauche survenues après l'événement du 29 mars 2008, et que son interlocutrice de l'époque lui avait alors affirmé que tout était en ordre et qu'il n'avait pas besoin de remplir une nouvelle déclaration ou de procéder par écrit. Puis, par formulaire complété le 7 avril 2009, l'assuré a fourni à A._____ les informations complémentaires suivantes :

"Lors d'une partie de golf, ma balle s'est trouvée hors du fairway, sous un arbre. J'ai frappé un swing plein (et avec force pour sortir), mais ma tête de club s'est prise dans une racine que je n'avais pas vue (racine fine, qui était ancrée dans la terre à chaque extrémité) qui a bloqué mon club. Ceci a créé un choc très violent dans les bras. La douleur était vive dans les 2 bras, mais particulièrement dans le bras droit, raison pour laquelle j'ai mentionné ce côté uniquement dans ma 1^{ère} déclaration d'accident (en pensant que le bras gauche allait se régler de lui-même).
Par la suite, après quelques séances de physio, la douleur sur le côté gauche étant persistante, j'ai demandé à mon employeur si je devais faire une nouvelle déclaration afin de traiter le bras gauche ; il m'a été demandé de prendre contact avec vous, ce que j'ai fait par téléphone. Il m'a été confirmé que je n'avais pas besoin de faire une nouvelle déclaration, et que note avait été prise. J'ai donc poursuivi mon traitement normalement."

Sur mandat de l'assureur-accidents, une expertise a été mise en œuvre auprès du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Après avoir examiné l'assuré le 22 juin 2009 et pris connaissance du dossier radiologique de celui-ci ainsi que du dossier médical transmis par A._____, l'expert a fait part de ses observations dans un rapport du 2 novembre 2009. Sur le plan anamnestique, le Dr X._____ a relevé que suite à l'événement du 29 mars 2008, l'intéressée avait consulté le Centre médico-chirurgical L._____ le 31 mars 2008, et qu'à cette époque les plaintes concernaient essentiellement le coude droit et dans une moindre mesure le coude gauche. Ensuite, en juin 2008, l'intéressé avait consulté le Prof. P._____ pour son coude droit, dont la situation s'était améliorée durant l'été grâce à de la physiothérapie. Aux dires de l'assuré, les troubles du coude gauche étaient devenus prépondérants dès le mois de septembre 2008 avec irradiations jusqu'au niveau de l'épaule, ce qu'il avait alors signalé au Prof. P._____, lequel lui avait répondu que cette association était assez fréquente et lui avait proposé un traitement conservateur à base de physiothérapie. Il était précisé que vers la fin octobre 2008, les douleurs du coude gauche s'étaient améliorées mais que la persistance des plaintes de l'épaule gauche avaient conduit à l'IRM du 18 novembre 2008, à la poursuite d'un traitement conservateur jusqu'en janvier 2009 puis à l'opération du 25 février 2009. Pour le reste, le rapport du 2 novembre 2009 faisait notamment état de ce qui suit :

"Diagnostics :

- Status après probable épitrochléite du coude droit +/- gauche suite à un mouvement inapproprié au golf le 29.03.2008.
- Status après apparition secondaire de douleurs de l'épaule gauche s'étant révélée être une tendinopathie sévère du sus-épineux associée à une tendinopathie plus modérée du sous-scapulaire et du long chef du biceps, probablement d'origine dégénérative dans le cadre d'une arthrose acromio-claviculaire débutante entraînant une réduction de l'espace sous-acromial.
- Status après acromioplastie et suture d'une fente longitudinale du tendon sus-épineux le 25.02.2009.
- Légères douleurs et limitation fonctionnelle post-opératoire encore présentes au niveau de l'épaule gauche.

DISCUSSION :

La grande problématique de ce cas est due au fait que toute la symptomatologie et les traitements, qui ont été entrepris depuis le 31.03.2008 jusqu'à l'intervention chirurgicale, m'ont été rapportés par le patient.

[...]

Dans ces conditions, on voit qu'à retro il est très difficile de se faire une idée véritablement objective des plaintes que présentai[t] M. D._____ immédiatement après l'événement du 29.03.2008. Si on en croit le Dr V._____, il n'y aurait eu initialement qu'un problème d'élongation du muscle épitrochléen en ce qui concerne les suites immédiates puisqu'il l'a vu le 31.03.2008, soit 2 jours après l'événement. Si on en croit le Prof. P._____, il n'y aurait qu'un problème de syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec brèche longitudinale de 2 cm dans le cadre d'un conflit sous-acromial. Cependant, ce deuxième médecin ne semble pas l'avoir vu avant le mois de juin et au début - au vu des investigations qu'il a effectuées - la problématique semblait toujours n'être que le coude droit puisqu'une IRM a été effectuée à ce niveau en date du 19.06.2008. En fait, ce n'est qu'au mois de novembre 2008, soit environ 8 mois après que des investigations ont été faites pour cette épaule.

Si on étudie ces documents radiologiques qui sont finalement les seules preuves objectives en ma possession préexistant[t] à mon examen lors de l'expertise, on constate qu'aucune lésion qu'elles soient accidentelles ou autre n'a été mise en évidence au niveau du coude droit au mois de juin 2008. En ce qui concerne l'épaule gauche, aucune arthro-IRM n'ayant été effectuée on n'a pas de preuve qu'il existait vraisemblablement à cette époque-là une lésion transfixiante. Tout ce qu'on constate est 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'ajoute également mais dans une mesure nettement moindre une petite tendinopathie du sous-scapulaire et du long chef du biceps. Ces lésions ne sont manifestement pas d'origine accidentelle puisque plusieurs tendons antagonistes sont inflammatoires. De plus, l'action vulnérante qui a consisté, je le rappelle, en un blocage d'un mouvement de swing, n'est pas appropriée pour entraîner une lésion du sus-épineux.

Le peu de renseignements provenant du protocole opératoire confirme l'impression que l'événement du 29.03.2008 n'a pas induit une pathologie significative au niveau de l'épaule gauche, puisqu'on a effectué une acromioplastie et que le tendon du sus-épineux montre une fente longitudinale tout à fait banale dans le cadre d'une tendinopathie et non transversale comme on l'aurait dans le cadre d'une déchirure traumatique.

Dans ces conditions et en conclusion, sous réserve du manque d'informations objectives mentionné ci-dessus, on peut admettre que l'événement du 29.03.2008 a bien induit une élongation des muscles épitrochléens du côté droit et éventuellement également du côté gauche.

En conséquence la relation de causalité naturelle entre la pathologie des 2 coudes et cet événement me semble vraisemblable. [...]

[...]

Par contre, pour ce qui est de la pathologie de l'épaule gauche qui semble s'être développée surtout à partir du mois de septembre 2008, la causalité naturelle avec l'événement du 29.03.2008 ne me paraît que possible. Cela est justifié par le fait qu'il n'y a pas eu d'impotence fonctionnelle immédiate au niveau de cette articulation et que le premier contrôle n'a pas eu lieu pour cette épaule. De plus l'IRM effectuée 8 mois plus tard montre manifestement un conflit sous-acromial ayant abouti à une tendinopathie majeure, mais pas de déchirure transversale transfixiante qui pourrait éventuellement être en relation avec un accident. La lésion longitudinale constatée de 2 cm de long à l'opération ne peut pas être mise en relation avec un problème de déchirure accidentelle puisqu'il s'agit d'une fente et que cette dernière se situe dans le sens de traction et, de ce fait, est fréquemment rencontré dans le cadre de tendinopathie chronique dégénérative.

En conséquence, tout le traitement de l'épaule gauche me semble être à la charge de l'assureur maladie et non de l'A._____.

[...]

REPONSES AUX QUESTIONS :

[...]

5. Etat antérieur

5.1. La personne assurée souffrait-elle avant l'accident de maladie, d'état préexistant maladif ou d'autre état étranger à l'accident ou suites d'accident antérieur ?

S'il y a bien eu un accident antérieur ayant entraîné une opération au niveau du poignet gauche en 2006, les suites de cette dernière semblent avoir été tout à fait favorables et en conséquence, il n'y aucun argument prouvant que cet événement joue un rôle en 2008.

En-dehors de cela, il n'y a aucune autre pathologie des membres supérieurs qui entre en ligne de compte de manière subjective puisque le patient n'avait aucune plainte. Par contre, objectivement même si le patient affirme n'avoir eu aucune douleur au niveau de l'épaule gauche avant le 29.03.2008, le résultat de l'IRM du mois de novembre 2008 montre clairement un problème d'arthropathie acromio-claviculaire entraînant un rétrécissement de l'espace sous-acromial associé à une tendinopathie mixte de la coiffe des rotateurs concernant essentiellement le tendon du sus-épineux. Cependant, ces pathologies n'ont pas été provoquées par l'événement du 29.03.2008, puisque l'action vulnérante est inappropriée pour cela et que le délai entre cet événement et l'IRM est trop court pour avoir induit un problème dégénératif acromio-claviculaire si on suppose très éventuellement qu'une entorse aurait pu survenir dans cette région.

De plus, je ne suis même pas sûr que l'on puisse considérer que l'événement du 29.03.2008 ait révélé cette problématique compte tenu que les plaintes de l'épaule semblent avoir été beaucoup plus tardives et ne s'être véritablement développées qu'à partir du mois de septembre 2008, soit quasiment 6 mois plus tard, la problématique de départ je le rappelle étant le coude droit.

6. Causalité naturelle

6.1 Les constatations sont-elles certainement, avec vraisemblance prépondérante ou seulement de façon possible en relation de causalité naturelle avec cet accident ?

Cf réponse à la question 6.3

6.2 Pouvez-vous nous dire - pour autant que des séquelles de cet accident puissent être au moins prouvées selon le degré de la vraisemblance prépondérante - si des maladies, des états préexistants maladifs ou d'autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs jouent aussi un rôle? Dans l'affirmative, de quoi s'agit-il ? Importance en % ?

Cf réponse à la question 6.3

6.3 Pour autant que des maladies, des états préexistants maladifs ou d'autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs selon chiffre 5.2 soient incriminés, peut-on considérer que le statu quo ante (même état qu'avant l'accident) ou le statu quo sine (même état que celui qui serait vraisemblable si la pathologie ou l'état préexistant avait suivi un cours irréversible et progressif, sans l'intervention de l'accident) a été retrouvé avec vraisemblance prépondérante ou à quel moment sera-t-il atteint selon vos prévisions ?

Concernant les coudes, si la causalité naturelle peut être admise au vu de l'action vulnérante survenue le 29.03.2008, il est clair qu'un statu quo peut être défini. Comme le patient est actuellement totalement asymptomatique ddc, sans aucune limitation fonctionnelle, un statu quo ante a été retrouvé. Ce dernier se situe vraisemblablement après l'IRM du coude droit du 19.06.2006 puisqu'aucune lésion accidentelle ou autre n'a été mise en évidence.

Pour ce qui est de l'épaule gauche, comme cette articulation n'a pas développé une pseudo-paralysie immédiate et qu'elle ne semble pas avoir été traitée avant le mois de septembre et investiguée avant le mois de novembre 2008, associé au fait que les lésions mises en évidence ne sont pas accidentelles, toute la prise en charge de cette articulation n'est pas à la charge de l'A. _____, mais de l'assurance maladie.

6.4 En cas de lésion corporelle assimilée à un accident (selon 9.2 OLAA), l'assureur-accident doit intervenir tant que le caractère exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas manifeste. Peut-on affirmer avec

certitude que cet état a été ou sera atteint dans ce cas ? Si oui, à partir de quelle date ?

Il n'y aucune lésion objective mise en évidence que cela soit au niveau des coudes ou de l'épaule gauche qui entre dans le cadre d'un 9.2 OLAA. En effet, je rappelle que l'IRM du coude du mois de juin ne montre aucune lésion objective et que l'IRM du mois de novembre à propos de l'épaule gauche ne montre pas non plus de lésion accidentelle.

[...]"

Par correspondance du 18 décembre 2009, A. _____ a fait savoir à l'assuré qu'à la lumière des conclusions du Dr X. _____, l'affection des deux coudes pouvait être mise en relation de causalité avec l'événement du 29 mars 2008, mais qu'en revanche le lien de causalité ne paraissait que possible avec la pathologie affectant l'épaule gauche, laquelle devait donc être annoncée à la caisse-maladie compétente.

Par compte-rendu du 23 février 2010 adressé à Me Muriel Vautier, conseil de l'assuré, le Prof. P. _____ a exposé que l'intéressé l'avait consulté pour des douleurs à l'épaule gauche et au coude droit suite à un traumatisme au golf, que les diagnostics d'épicondylite du coude droit et de syndrome post-traumatique de la coiffe des rotateurs gauche avaient été posés lors des premières consultations, et que si un traitement physiothérapeutique avait permis de guérir le coude droit, une intervention chirurgicale s'était en revanche avérée nécessaire pour l'épaule gauche. A la question de savoir si «*l'atteinte à la santé de M. D. _____*» se trouvait dans un rapport causal avec l'accident du 29 mars 2008, le Prof. P. _____ a répondu que tel était le cas avec certitude, compte tenu de la chronologie des événements, de l'âge du patient (les lésions dégénératives survenant à partir de 50 ans environ) et du mécanisme indirect du traumatisme en rotation interne. A titre complémentaire, le Prof. P. _____ a observé que l'arthro-IRM n'était pas obligatoire, étant souligné que la lésion de la coiffe avait en l'espèce été confirmée par l'IRM simple - moins onéreuse - et les constatations opératoires. Il a ajouté que le Dr X. _____ n'était pas objectif dès lors qu'il mettait systématiquement en doute les constatations, analyses, diagnostics et thérapeutiques, et que du reste ce médecin se basait sur

des impressions et n'avait pas examiné l'assuré en temps opportun. Le Prof. P. _____ a également souligné qu'une déchirure traumatique pouvait avoir toute topographie.

Aux termes d'un écrit du 26 mars 2010 rédigé par son conseil, l'assuré a contesté la position de l'assurance. Il a fait valoir en substance que l'on ne pouvait se fier au rapport d'expertise du Dr X. _____, dès lors que celui-ci s'était essentiellement prononcé sur la base de ses propres impressions, qu'il existait des contradictions entre le rapport d'expertise et les autres rapports médicaux au dossier, et que l'on pouvait par ailleurs douter de l'objectivité de l'expert au vu des difficultés relationnelles qui semblaient l'opposer au Prof. P. _____ - le premier ayant systématiquement mis en cause l'appréciation du second - et compte tenu du fait que le Dr X. _____ avait à plusieurs reprises formulé des conclusions juridiques.

Se déterminant le 10 mai 2010, le Dr X. _____ a réfuté les critiques formulées à l'encontre de son expertise. Notamment, il a observé que le rapport d'IRM du 19 novembre 2008 faisait état d'une image compatible avec une déchirure transfixiante et pas d'une image certaine d'une déchirure transfixiante, que cet examen n'était donc pas suffisant pour retenir l'existence d'une perte de substance sur toute l'épaisseur du tendon, et que seule une arthro-IRM aurait pu être pathognomonique d'une atteinte transfixiante. Il a ajouté qu'une déchirure traumatique pouvait certes avoir toute topographie mais qu'une discision longitudinale n'était pas une lésion appropriée et classique dans une telle situation. Il a par ailleurs relativisé le critère de l'âge auquel pouvaient généralement survenir des troubles dégénératifs, puisque des problèmes mécaniques congénitaux pouvaient induire des conflits plus précocement. A cet égard, la cause la plus fréquente était un rétrécissement de l'espace sous-acromial pouvant entraîner un conflit avec le tendon du sus-épineux à mettre en relation avec une morphologie particulière de la pente de l'acromion; or, selon le protocole opératoire du Prof. P. _____, une acromioplastie verticale et horizontale avait dû être effectuée pour lever un conflit sous-acromial, ce qui témoignait d'un problème mécanique

local. Le Dr X._____ a de surcroît nié les doutes émis quant à son objectivité, observant que son analyse des pièces du dossier ne trahissait aucun différend avec le Prof. P._____ et que ses conclusions n'avaient rien de juridique. Concernant plus spécifiquement le rapport du 23 février 2010 du Prof. P._____, le Dr X._____ a relevé que les indications fournies par ce médecin étaient très succinctes et ne comportaient aucune discussion médicale affirmant ou infirmant un lien de causalité naturel. Il a également rappelé que nonobstant l'âge, on pouvait avoir des tendinopathies du sus-épineux sur un conflit sous-acromial lié à un problème de morphologie congénital. Il a ajouté qu'une arthro-IRM n'était certes pas un examen obligatoire, qu'elle permettait toutefois des informations plus complètes, et que si en l'espèce l'IRM simple montrait une lésion de la coiffe, il demeurerait que cette pathologie n'était pas pathognomonique d'une lésion accidentelle, raison pour laquelle la causalité naturelle ne paraissait que possible. Enfin, le Dr X._____ a contesté ne pas avoir examiné l'assuré en temps opportun, attendu 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.

Par envoi du 30 septembre 2011, l'assuré a produit un rapport d'expertise privée du 21 septembre 2010 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a expliqué s'être fondé sur les pièces fournies par le conseil de l'intéressé, l'IRM du 18 novembre 2008 et la littérature médicale. Sous la rubrique «*résumé du cas*», ce médecin a notamment observé que l'assuré était gaucher, qu'il affirmait ne jamais avoir eu de problème d'épaule avant l'événement du 29 mars 2008, et qu'il avait poursuivi la pratique du golf entre cet événement et l'intervention du 25 février 2009. Cela étant, le Dr G._____ a exposé qu'il y avait lieu de considérer plusieurs aspects pour savoir si la déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche de l'assuré était d'origine traumatique ou dégénérative. A ce propos, il a relevé qu'au vu de l'âge de l'assuré, il était «*plus que probable*» que sa déchirure soit d'origine traumatique. Il a en revanche écarté l'hypothèse d'une anomalie congénitale de l'acromion, soulignant 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; en outre, si l'intéressé présentait effectivement une arthropathie acromio-claviculaire, il n'y avait toutefois pas d'ostéophytes (becs osseux) inférieurs pouvant appuyer sur le sus-épineux et provoquer une déchirure de celui-ci. Le Dr G._____ a par ailleurs réfuté l'éventualité d'une sur-utilisation liée au golf, dès lors que l'assuré y jouait depuis quatre à cinq ans en 2008 mais pas de façon très assidue, qu'il avait fait assez peu de compétitions, et que par ailleurs il exerçait un travail sédentaire et ne pratiquait pas d'autre activité ayant pu favoriser une déchirure du sus-épineux. S'agissant de la localisation et du type de déchirure, ce médecin a souligné que les déchirures d'origine dégénérative du sus-épineux étaient le plus souvent situées postérieurement, alors que la déchirure de l'assuré était quant à elle située antérieurement, et que les déchirures de la coiffe pouvaient notamment être longitudinales ou transversales. En outre, les petites ruptures de la coiffe pouvaient ne pas occasionner de perte de force, ce qui expliquait que l'assuré ait pu continuer à jouer au golf après l'événement du 29 mars 2008. Quant au traumatisme subi, le Dr G._____ a considéré que le fait de heurter une racine d'arbre avec un club de golf à presque 200 km/h pouvait tout à fait provoquer une déchirure de la coiffe des rotateurs. Il a également envisagé l'hypothèse d'une déchirure initialement asymptomatique suite à l'incident du 29 mars 2008, laquelle se serait ensuite agrandie avec le temps. En conclusion, le Dr G._____ a estimé que l'on pouvait affirmer de façon pratiquement certaine que la déchirure du tendon sus-épineux de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche de l'assuré était d'origine traumatique et qu'elle était survenue suite à l'événement du 29 mars 2008.

Prenant position le 29 novembre 2010, le Dr X._____ a exposé à titre liminaire vouloir éviter une situation de surenchère avec le Dr G._____. Cela dit, observant que ce dernier avait effectué de nombreuses références à des publications médicales, le Dr X._____ a relevé que cette manière de faire lui semblait superflue lorsque le problème médical en cause était clair. Il a souligné que, faute d'unanimité sur le sujet, il existait une abondante littérature parfois contradictoire

concernant les troubles de la coiffe des rotateurs, et que les articles cités par le Dr G. _____ servaient à appuyer la démonstration de celui-ci mais que d'autres articles le contredisant existaient également. Pour le surplus, le Dr X. _____ a maintenu son appréciation, ajoutant en particulier que le type de pathologie en question (arthropathie acromio-claviculaire avec acromion de type II) évoquait un trouble dégénératif vu l'âge de l'assuré, que l'on pouvait douter que la vitesse d'impact au sol lors d'un swing puisse atteindre 200 km/h pour un joueur moyen, que la localisation et le type de déchirure ne permettaient pas à eux seuls une corrélation avec un événement traumatique, et qu'une déchirure partielle sans rétraction n'engendrait subjectivement que des plaintes mineurs - avec la plupart du temps absence de limitation fonctionnelle ou trouble de la force - qu'elle soit traumatique ou dégénérative. Le Dr X. _____ a par ailleurs souligné l'importance du facteur temporel entre l'événement décrit et les plaintes de l'épaule gauche, paramètre qui faisait qu'objectivement la relation de causalité était très peu probable surtout si l'on considérait qu'il n'y avait jamais eu de notion de pseudoparalysie initiale de cette épaule.

Par décision du 6 décembre 2010, A. _____ a accepté la prise en charge des problèmes de poignet [recte : coude] de l'assuré. Elle a en revanche refusé d'intervenir pour les troubles de l'épaule gauche de l'intéressé au motif que ceux-ci ne se trouvaient pas en relation de causalité avec l'événement du 29 mars 2008, ainsi que l'avait retenu le Dr X. _____ dans ses avis pleinement probants.

Dans ses observations complémentaires du 17 janvier 2011, le Dr G. _____ a en substance repris l'appréciation exposée dans son rapport du 21 septembre 2010. Pour le reste, il a contesté l'appréciation du Dr X. _____, critiquant notamment les connaissances médicales de celui-ci quant à la problématique de la coiffe des rotateurs. Il a par ailleurs maintenu que l'action vulnérante était en l'occurrence propre à entraîner une lésion du sus-épineux, attendu que la vitesse de frappe d'un club de golf pouvait dépasser 200 km/h chez les joueurs professionnels, qu'elle était de 110 à 150 km/h ou de 180 à 190 km/h pour un joueur moyen, et que l'on pouvait imaginer les «*dégâts provoqués par un swing de plus de*

100 km/h contrarié par une racine d'arbre». Le Dr G. _____ a ajouté que l'impotence fonctionnelle n'était pas nécessaire pour démontrer le caractère traumatique d'une déchirure de la coiffe des rotateurs, et qu'il ne comprenait pas en quoi le type de lésion constaté lors de l'opération du 25 février 2009 était fréquemment rencontré en cas de tendinopathie chronique dégénérative; du reste, si le Dr X. _____ admettait la causalité naturelle entre la pathologie des deux coudes et l'événement du 29 mars 2008, il n'y avait guère de raison pour qu'il l'admette pour le coude gauche et pas pour l'épaule gauche dès lors qu'il s'agissait de deux symptomatologies synchrones. Le Dr G. _____ a également relevé que l'IRM du 18 novembre 2008 montrait une «*déchirure transfixiante du versant antérieur du tendon sus-épineux*», constitutive d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Sous un autre angle, il a soutenu que le fait de se référer abondamment à la littérature médicale témoignait d'une maîtrise du sujet analysé et qu'à cet égard, les propos du Dr X. _____ à son endroit étaient diffamatoires - ce dernier n'ayant du reste pas même envisagé que la déchirure en cause puisse être d'origine traumatique, alors que de son côté il avait pris en compte les différentes étiologies connues des déchirures de la coiffe des rotateurs en insistant ensuite sur les déchirures traumatiques.

Par acte du 20 janvier 2011 rédigé par son conseil, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 6 décembre 2010. Pour l'essentiel, il a soutenu que le fait que les douleurs de l'épaule soient apparues après l'événement du 29 mars 2008 constituait un indice dans le sens d'une relation de causalité entre cet événement et l'atteinte en cause, que cet indice était corroboré par les conclusions du Prof. P. _____ et du Dr G. _____, et que l'opinion contraire du Dr X. _____ était erronée. Il a ajouté que du moment que les lésions n'étaient pas d'origine exclusivement dégénérative, le fait qu'elles aient été favorisées par une atteinte dégénérative ne suffisait pas pour exclure tout droit aux prestations. Par ailleurs, l'assuré a soutenu que son atteinte à l'épaule gauche réalisait l'ensemble des critères propres aux lésions corporelles assimilées à un accident. Dans ces conditions, il a considéré que la prise en charge du cas devait être assumée par A. _____.

Par décision sur opposition du 15 avril 2011, A. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 6 décembre 2010. Dans sa motivation, l'assurance a retenu que l'un des éléments constitutifs de la notion d'accident faisait défaut, dès lors que le fait de planter un club de golf dans une racine ne pouvait être considéré comme un facteur extérieur extraordinaire. A cet égard, l'assureur a invoqué la jurisprudence fédérale selon laquelle le fait de planter son drive était une chose relativement ordinaire au golf (cf. TFA U 475/05 du 5 juillet 2006). D'ailleurs, dans le cadre de son appréciation, le Dr G. _____ avait souligné que le fait de planter son club «*dans une branche, une pierre etc.*» était très fréquent. Partant, A. _____ a estimé que les atteintes aux coudes de l'assuré avaient été prises en charge de manière fort généreuse et qu'il ne se justifiait donc pas d'intervenir pour les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite [recte : gauche] de celui-ci. Subsidièrement, l'assurance a relevé que la question d'une éventuelle lésion corporelle assimilée à un accident ne se posait pas, l'atteinte en cause n'étant pas comprise dans la liste exhaustive prévue par la réglementation topique. Enfin, considérant que l'assuré n'avait pas été victime d'un accident, A. _____ a observé qu'il n'y avait pas à se prononcer sur la causalité naturelle entre les troubles litigieux et l'événement du 29 mars 2008, quand bien même l'expertise du Dr X. _____ et ses compléments étaient concluants.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, D. _____ a recouru le 30 mai 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et au versement de prestations d'assurance pour les troubles de l'épaule gauche consécutifs à l'événement du 29 mars 2008, subsidiairement à son annulation partielle en ce qui concerne les troubles de l'épaule gauche et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, le recourant sollicite la tenue d'une audience visant à l'audition du Dr G. _____ et de divers témoins. S'agissant du caractère accidentel de l'événement du 29 mars 2008, il fait valoir que l'arrêt U 475/05 invoqué par l'intimée n'est pas applicable en l'espèce, puisque s'il peut être fréquent qu'un golfeur manque son coup et

frappe le sol en lieu et place de sa balle, il est en revanche peu ordinaire qu'il prenne son club dans une racine d'arbre cachée mais légèrement sortie de terre; à cela s'ajoute que l'assuré concerné dans l'affaire susdite s'était coincé un nerf dorsal, alors que lui-même a subi une lésion de l'épaule. Le recourant considère que cette question peut toutefois demeurer indécise dans la mesure où l'origine exclusivement dégénérative de son atteinte à l'épaule n'est pas clairement établie et que les lésions litigieuses doivent par conséquent être assimilées à un accident. A cet égard, il considère que l'appréciation du Dr X._____ est non seulement en «*parfaite contradiction*» avec les comptes-rendus de la Dresse K._____ et du Prof. P._____, mais que les conclusions - selon lui, pleinement probantes - du Dr G._____ doivent être privilégiées. Il reproche au surplus à l'intimée d'avoir manqué de rigueur dans le suivi de l'affaire en constituant un dossier médical succinct et ne réagissant pas promptement suite à l'annonce, en juillet 2008, de douleurs dans le bras gauche. De surcroît, il fait valoir que le Dr X._____ a manqué d'objectivité dans son rapport d'expertise du 2 novembre 2009 compte tenu du conflit l'opposant au Prof. P._____, différend confirmé par celui-ci dans son constat du 23 février 2010. Il ajoute que le Dr X._____ n'a pas fait preuve d'impartialité dans ses déterminations du 29 novembre 2010, qui contiennent des propos inutilement dénigrants à l'égard du Dr G._____, ce dernier l'ayant également souligné dans son compte-rendu du 17 janvier 2011. Le recourant allègue en outre qu'en matière de lésions de l'épaule, le Dr X._____, chirurgien orthopédique spécialisé en orthopédie générale et pédiatrique, ne dispose pas de l'expérience acquise par le Dr G._____, spécialiste reconnu en chirurgie orthopédique et plus particulièrement en chirurgie de l'épaule et en orthopédie du sport. A l'appui de ses dires, il produit un onglet de pièces contenant notamment un courriel envoyé le 16 août 2010 à son conseil par la Clinique [...], libellé comme suit :

"Chère Maître,

Pour faire suite à votre demande, je vous retranscris ci-joint le mail du Dr. K._____ qu'elle avait envoyé en juillet à Mme [sic] G._____ et cc au Pr. P._____. [...]

Je vous envoie mes réponses pour l'examen IRM épaule de M. D._____

- La morphologie de l'acromion (séquence SAG OLBIQUE) est Bigliani II
- Distance sous-acromiale (sur coupe CORONALE) de 8mm
- Le labrum antérieur présente de discrets signes dégénératifs mais en absence du produit de contraste intra-articulaire, l'analyse est délicate. On ne peut pas évoquer une désinsertion de type SLAP."

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 20 septembre 2011, rédigée par son conseil. Elle relève que si le dossier médical est succinct, c'est parce que l'assuré n'a pas consulté pour son épaule gauche durant les premiers mois post-traumatiques, les troubles scapulaires ayant été vraisemblablement signalés au Prof. P._____ en septembre 2008. Elle considère en outre que l'appréciation du Dr X._____, qui a expertisé le recourant, doit être préférée à celle du Dr G._____, qui n'a pas effectué d'examen clinique. Cela étant, elle observe 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. Or, en l'espèce, il n'y a pas d'autres circonstances sur lesquelles s'appuyer pour corroborer cet indice temporel et établir un tel lien de causalité naturelle. A cet égard, l'intimée relève en particulier que l'assuré n'a décrit aucune douleur de l'épaule gauche entre l'événement du 29 mars 2008 et le mois de septembre 2008, soit une période de latence de six mois sans symptômes douloureux documentés médicalement - facteur considéré comme décisif par le Tribunal fédéral dans un arrêt 8C_940/2008 du 25 août 2009. Partant, à défaut d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 29 mars 2008 et les troubles scapulaires signalés dès le mois de septembre 2008, A._____ estime que le recourant ne peut prétendre à des prestations d'assurance pour cette attente. L'intimée rappelle au surplus, conformément à la décision entreprise, que l'événement du 29 mars 2008 ne répond pas à la notion d'accident en l'absence de facteur extérieur extraordinaire, et que les lésions en cause ne sont pas assimilables à un accident faute de diagnostic entrant dans cette catégorie - ce dernier point pouvant néanmoins demeurer indécis compte tenu de la période de latence

susmentionnée et de l'absence d'action vulnérante appropriée ou de facteur extérieur susceptible de causer de telles lésions scapulaires.

Aux termes de sa réplique du 14 novembre 2011, le recourant maintient ses précédents motifs et conclusions. Il réitère par ailleurs sa requête visant à l'appointement d'une audience en vue d'entendre le Dr G._____ ainsi que divers témoins, et sollicite subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Pour le reste, il relève notamment qu'il est inexact d'affirmer que les troubles de l'épaule gauche ne seraient apparus qu'en septembre 2008, attendu qu'il en a averti l'intimé en mai 2008 et qu'il a consulté le Prof. P._____ dès le mois de juin 2008 pour son coude droit et son bras gauche. Il ajoute que les circonstances du cas d'espèce se distinguent de celles ayant donné lieu à l'arrêt 8C_940/2008 évoqué par l'intimée, et souligne en outre que dans un arrêt 8C_214/2011 du 20 juin 2011, dans lequel une déchirure de la coiffe des rotateurs a été diagnostiquée cinq mois après la survenance d'un accident, le Tribunal fédéral a reconnu que lors de déchirures de la coiffe des rotateurs, la douleur peut augmenter lentement ou devenir aiguë par la suite. Il estime enfin que le Dr G._____ a démontré de manière convaincante que les troubles de l'épaule gauche étaient dus à l'événement du 29 mars 2008, et qu'au reste ce médecin n'avait pas à effectuer d'examen clinique presque deux ans après une intervention chirurgicale ayant eu des suites opératoires favorables.

Se déterminant le 6 février 2012, l'intimée maintient sa position et observe en particulier que c'est à tort que le recourant se prévaut de l'arrêt 8C_214/2011, dans lequel le Tribunal fédéral n'a nullement admis le lien de causalité naturelle entre les lésions et l'accident litigieux, mais a renvoyé l'affaire à l'assureur pour complément d'instruction sur le plan médical. Elle produit par ailleurs quatre prescriptions de traitement de physiothérapie concernant le recourant. La première, du 9 avril 2008, émane du Centre médico-chirurgical L._____ et fait état d'une «*[é]longation et contusion de muscles épitrochléens et épicondyliens bras droit*». La seconde, établie le 19 juin 2008 par le Prof. P._____, mentionne des séquelles douloureuses suite à une contusion du

coude droit. Une troisième prescription du 21 août 2008, également du Prof. P._____, ne signale aucune atteinte spécifique mais préconise un «[s]tretching des épicondyliens des 2 côtés». Enfin, aux termes de la quatrième et dernière prescription du 18 novembre 2008, le Prof. P._____ évoque un syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours 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).

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.

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^{ème} 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'encoule, 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^{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. 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. 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).

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).

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 golfe 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 considérés 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).

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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours déposé le 30 mai 2011 par D. _____ est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 15 avril 2011 par A. _____ [...] est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Muriel Vautier (pour D. _____),
- A. _____ [...],
- Office fédéral de la santé publique,

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 :