

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mars 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne

et

G._____, à Lausanne, intimée

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1990, a été engagé du 15 août 2009 au 15 août 2010 comme éducateur stagiaire à plein temps par l'institution E._____ et à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de G._____ (ci-après : G._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident-bagatelle du 2 juin 2010, l'institution E._____ a annoncé à G._____ que son employé avait été victime d'un accident le 6 avril [recte : 30 mars] 2010 au cours d'un entraînement de football, lors duquel il avait eu un choc avec un autre joueur et s'était blessé à l'épaule gauche.

Dans un rapport médical initial établi le 13 août 2010, la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne, a indiqué avoir vu l'assuré à sa consultation pour la première fois le 1^{er} avril 2010, ce dernier s'étant luxé l'épaule en jouant au foot le 30 mars 2010. Elle avait posé le diagnostic de luxation antéro-inférieure de l'épaule gauche récidivante (4^{ème} épisode) avec réduction spontanée après 2 minutes, n'avait attesté aucune incapacité de travail et avait adressé son patient au Dr Q._____, spécialiste en orthopédie à l'Hôpital de [...].

Le 28 juillet 2010, le Dr Q._____ a effectué une plastie capsulo-ligamentaire selon Bankart à gauche par arthroscopie. Le 4 août 2010, G._____ a refusé provisoirement la garantie de prise en charge des coûts pour cette intervention.

Dans un rapport établi le 9 août 2010 à l'intention de la Dresse C._____, le Dr Q._____ et le Dr B._____, médecin-assistant au Service d'orthopédie de l'Hôpital de [...], ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 28 au 30 juillet 2010 dans leur établissement pour une instabilité de l'épaule gauche avec luxation antéro-interne récidivante. L'évolution post opératoire était simple, l'assuré devant porter un gilet

orthopédique pendant un mois. Une totale incapacité de travail était attestée du 28 juillet au 26 août 2010.

Dans un rapport médical intermédiaire du 5 octobre 2010, le Dr Q._____ a indiqué que, lors de son dernier contrôle le 28 septembre 2010, l'évolution de l'état de santé de l'assuré était objectivement et subjectivement favorable, et que la reprise du travail à temps plein était possible dès le 4 octobre 2010.

Le 22 novembre 2010, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil auprès de G._____, a indiqué qu'il était clair que l'opération du 28 juillet 2010 n'était pas à la charge de cet assureur, et qu'il fallait par conséquent savoir qui avait couvert l'assuré pour les trois premiers épisodes de luxations.

G._____ ayant demandé à l'assuré de lui indiquer les coordonnées de l'assureur (ou des assureurs) intervenu(s) dans la prise en charge des trois cas de luxation précédents, la mère de l'assuré a téléphoné pour expliquer qu'il s'agissait de la J._____ et que les autres luxations avaient eu lieu en octobre 2008 (2 luxations consécutives) et en avril 2009.

Par décision du 14 février 2011, G._____ a refusé de prendre en charge l'intervention du 29 [recte : 28] juillet 2010, au motif que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé ayant nécessité cette opération et l'événement du 6 avril [recte : 30 mars] 2010 n'était pas probable de façon prépondérante, les problèmes de santé actuels de l'assuré étant dus à des facteurs étrangers à l'accident assuré. Le Dr C._____ avait en effet clairement mentionné qu'il s'agissait d'un quatrième épisode de luxation. Le diagnostic retenu étant celui d'instabilité de l'épaule gauche avec luxation récidivante, l'intervention de juillet 2010 ne constituait donc qu'une stabilisation de cette épaule. L'assuré était invité à s'annoncer auprès de l'assurance-maladie ayant pris en charge le traitement des trois luxations précédentes, soit la J._____.

Par courrier du 23 février 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision, au motif que les luxations de son épaule avaient toujours eu lieu lors d'un choc avec un adversaire pendant un match de football, ce qui est une cause extérieure extraordinaire. Expliquant qu'il avait rendez-vous la semaine suivante avec le Dr Q._____, il a prié G._____ d'attendre le rapport de ce médecin.

Le 3 mars 2011, le Dr Q._____ a fait parvenir à G._____ un courrier dont la teneur est la suivante :

« J'ai revu en consultation le 01.03.2011 le patient susmentionné qui m'a fait part de votre courrier du 14.02.2011 où vous refusez la prise en charge accident pour sa pathologie ayant nécessité une stabilisation de son épaule gauche par arthroscopie.

Le patient a en effet dû être opéré en date du 28.07.2010 d'une plastie capsulo-ligamentaire selon Bankart de son épaule gauche par arthroscopie, en raison d'une instabilité avec luxations récidivantes post-traumatiques.

Je tiens à préciser que Monsieur W._____ a présenté une première luxation antéro-inférieure de son épaule gauche lors d'un accident au foot, avec par la suite une instabilité et des luxations récidivantes qui sont bel et bien des suites du premier accident.

Je vous prierai donc, Messieurs, de reprendre en considération la prise en charge du patient en sachant que cette pathologie est bien post-traumatique et due à un accident de foot ayant entraîné une première luxation antéro-inférieure de son épaule gauche. »

Par courrier du 14 juin 2011, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a justifié son opposition au motif que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 6 avril [recte : 30 mars] 2010 et l'atteinte à la santé ayant nécessité l'opération de juillet 2010 était probable de façon prépondérante. Cette intervention avait en effet été rendue nécessaire par le dernier épisode de luxation, précédé d'ailleurs d'une période de deux ans sans récurrence. A l'appui de son argumentation, l'assuré a produit une attestation du Dr Q._____ du 10 juin 2011, dont la teneur est la suivante :

« Le patient susnommé a bénéficié d'une plastie capsulo-ligamentaire selon Bankart de son épaule gauche par arthroscopie

en raison d'une instabilité avec luxation récidivante post-traumatique.

Le patient avait, en effet, présenté une 1^{ère} luxation antéro-inférieure de son épaule il y a 2 ans auparavant, mais sans récurrence durant 2 ans.

Il est clair que du point de vue médical, l'indication opératoire a été posée sur la dernière luxation de son épaule. Il est donc clair que l'opération a bel et bien été motivée par le dernier accident en date. »

L'assuré a également produit une attestation de la Dresse C. _____ du 11 mai 2011, dont la teneur est la suivante :

« Monsieur W. _____ a présenté une première luxation antéro-inférieure de son épaule gauche lors d'un accident de foot, entraînant par la suite une instabilité et des luxations récidivantes à quatre reprises, qui sont les suites du premier accident.

L'intervention du 28 juillet 2010 a été effectuée en raison d'une instabilité de l'épaule avec luxation récidivante post-traumatique, le quatrième épisode de luxation ayant eu lieu le 30 mars 2010. »

Consulté le 22 juin 2011, le Dr K. _____ a indiqué à G. _____ que les luxations récidivantes de l'assuré étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, la conséquence du premier accident assumé par la J. _____ et qu'il ne convenait pas forcément de mettre en œuvre une expertise. Il a également expliqué que, en matière de luxations, une première luxation génère un risque de récurrence de 50% et une seconde un risque de quasi 100%.

Par décision sur opposition du 14 juillet 2011, G. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé sa décision du 14 février 2011. L'assureur-accidents a admis que l'événement du 6 avril [recte : 30 mars] 2010 constituait bien un accident, mais a nié l'existence, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une relation de causalité naturelle entre celui-ci et les troubles de l'épaule gauche, soit le diagnostic d'instabilité et de luxations récidivantes, ainsi que, par voie de conséquence, l'opération du 28 juillet 2010. Rappelant notamment qu'il y avait eu réduction spontanée de la luxation du 30 mars 2010 après deux minutes,

G._____a a retenu que l'instabilité et les luxations récidivantes dont souffre l'assuré ont pour origine un premier événement accidentel et doivent donc être prises en charge par l'assureur ayant couvert celui-ci.

B. Par acte du 13 septembre 2011, W._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 14 juillet 2011. Il conclut avec suite de frais et dépens principalement à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'il a droit aux prestations légales de la part d'G._____, subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction du dossier. Se référant aux rapports des Drs Q._____ et C._____, le recourant allègue que les luxations successives de son épaule gauche résultent toutes d'un accident ayant précédé chacune d'elles. Le lien de causalité entre chaque luxation et son accident respectif est ainsi établi au-delà de la vraisemblance prépondérante. Le recourant conteste le diagnostic de luxation "récidivante" et affirme que l'accident du 30 mars 2010 d'une part a aggravé son statut médical puisque, avant cet accident, aucun médecin n'avait préconisé d'intervention, et d'autre part est la cause naturelle et adéquate de l'opération du 28 juillet 2010, puisque sans l'accident, cette intervention n'aurait pas eu lieu. Subsidiairement, le recourant allègue que, concernant l'indication opératoire, l'instabilité de son épaule gauche a eu une influence conjointe, voire prépondérante, à l'accident du 30 mars 2010, raison pour laquelle l'intimée est tenue de prendre en charge les frais de l'intervention du 28 juillet 2010 au titre de l'art. 36 al. 1 LAA. A titre de moyens de preuve, le recourant a requis, outre la production complète de son dossier auprès de G._____, son audition par les juges du Tribunal cantonal, l'audition comme témoins des médecins l'ayant suivi, ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise indépendante.

Le 27 septembre 2011, le recourant a complété son recours. Se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_186/2011 du 26 juillet 2011, il a allégué qu'un état dégénératif ou pathologique antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2

OLAA, si un événement assimilable à un accident a aggravé l'atteinte à la santé ou l'a rendue manifeste. Tout en contestant l'existence d'un état pathologique antérieur, il requiert qu'une expertise soit ordonnée, afin de déterminer si la luxation du 30 mars 2010 et donc l'opération du 28 juillet 2010 sont le résultat ou non d'un tel état.

Par réponse du 11 octobre 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a retenu que, interpellés à plusieurs reprises, tant la Dresse C._____ que le Dr Q._____ ont confirmé le diagnostic de luxations récidivantes. L'intimée admet la causalité entre chaque luxation et son accident respectif. Elle nie toutefois la causalité entre la quatrième luxation et l'opération, indiquée en raison de l'instabilité de l'épaule et des luxations récidivantes, qui ont pour origine le premier événement accidentel, et non pas la quatrième luxation, qui s'est réduite spontanément et quasi immédiatement.

Le 8 novembre 2011, le recourant a déclaré persister dans ses conclusions. Il a affirmé qu'il est évident que l'accident du 30 mars 2010 a aggravé la situation et que sans cet accident, il n'y aurait pas eu d'indication opératoire. Il a également réitéré sa demande d'audition, ainsi que celle du Dr Q._____ comme témoin, et de mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par duplique du 22 novembre 2011, l'intimée a confirmé ses conclusions. Elle a en outre indiqué n'avoir pas commenté l'art. 36 LAA dans son écriture précédente, car l'atteinte à la santé du recourant, à savoir l'instabilité de son épaule, n'est pas imputable à l'accident du 30 mars 2010, même partiellement.

Le 14 décembre 2011, le recourant a maintenu que, sans l'accident du 30 mars 2010, il n'y aurait pas eu d'indication opératoire.

Le 20 décembre 2011, le recourant, s'appuyant sur l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_198/2011 du 11 novembre 2011, a requis la tenue de débats publics.

Le 10 janvier 2012, le recourant, s'appuyant cette fois sur l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2009 du 21 mai 2010, a affirmé que la prétendue instabilité de son épaule et l'accident du 30 mars 2010 avaient causé ensemble le dommage, soit l'intervention du 28 juillet 2010, et qu'il convient dès lors que cette intervention soit prise en charge par l'intimée.

Le 7 février 2012, le juge instructeur a informé les parties que la requête du recourant tendant à l'audition du Dr Q._____ était refusée mais qu'une audience serait fixée.

Une audience de jugement a eu lieu le 6 mars 2012, lors de laquelle les parties ont maintenu leurs conclusions. Le recourant a en outre réitéré sa demande d'expertise et d'audition du Dr Q._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale 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 (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c. LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des fériés d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent. Il répond également aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier à l'art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée de l'intervention chirurgicale du 28 juillet 2010.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés ; l'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1).

L'existence d'un lien de causalité naturelle est admise lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. L'art. 36 al. 1 LAA stipule à cet égard que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas

réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1 ; 402, consid. 4.3.1 ; 119 V 335, consid. 1 ; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

Par ailleurs, si l'on peut admettre qu'un 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 maladif antérieur 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. Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^e éd., n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). Il convient en principe au contraire d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à

disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351, consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a précité). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs 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 (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc ; Frésard/Moser-Szeless précité, n. 688c, p. 1025). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

5. L'intimée refuse de prendre en charge les frais résultant de l'intervention chirurgicale du 28 juillet 2010, au motif que cette opération était motivée par un diagnostic de "luxations récidivantes" dû à un premier accident en 2008 - non assuré par elle - et non à l'événement du 30 mars 2010, dont elle ne conteste par ailleurs pas le caractère accidentel. Le recourant quant à lui soutient que l'intervention litigieuse a

bien été causée, à tout le moins en partie, par son accident du 30 mars 2010 et n'aurait pas eu lieu sans lui, raison pour laquelle elle doit être prise en charge par l'intimée.

A l'appui de leur argumentation, les deux parties se réfèrent aux rapports médicaux établis par les Drs C._____ et Q._____, dont ils interprètent toutefois différemment les conclusions. Or la lecture de ces rapports ne permet pas de résoudre la question litigieuse à satisfaction de droit. En effet, dans son rapport du 3 mars 2011, le Dr Q._____ écrit que le recourant a présenté une première luxation antéro-inférieure de son épaule gauche lors d'un accident au foot, avec par la suite une instabilité et des luxations récidivantes qui sont bel et bien des suites du premier accident. Quant à l'opération du 28 juillet 2010, elle a été effectuée en raison de cette instabilité avec luxations récidivantes. Dans son rapport du 10 juin 2011, ce même spécialiste écrit toutefois que l'indication opératoire a été posée sur la dernière luxation de l'épaule et que l'opération a bel et bien été motivée par le dernier accident en date, semblant ainsi contredire son appréciation précédente. Quant à la Dresse C._____, son opinion est peu claire, même si elle paraît rejoindre le premier avis du Dr Q._____, lorsqu'elle écrit le 11 mai 2011 que la première luxation de l'épaule gauche a entraîné une instabilité et des luxations récidivantes, qui sont les suites du premier accident, et que l'intervention chirurgicale a été effectuée en raison de cette instabilité avec luxation récidivante post-traumatique, le quatrième épisode de luxation ayant eu lieu le 30 mars 2010. Enfin, le Dr K._____ estime également que les luxations récidivantes sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, la conséquence du premier accident, non assuré par l'intimée. Au vu des avis médicaux contradictoires sur l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé ayant nécessité l'opération de juillet 2010 et du manque de précision des rapports établis par le Dr Q._____, force est de constater que l'on ignore toujours si l'intervention précitée a été causée, ne serait-ce qu'en partie, par l'accident du 30 mars 2010 ou uniquement par le diagnostic d'instabilité et de luxations récidivantes résultant d'un premier accident en 2008. Aucun des rapports médicaux au dossier n'est

en effet suffisamment clair et motivé à ce sujet pour détenir valeur probante au sens de la jurisprudence.

Il ressort de ce qui précède que l'intimée ne pouvait pas conclure à l'absence de causalité entre l'atteinte à la santé ayant nécessité l'intervention litigieuse et l'accident assuré sans investiguer davantage. Le recours, dans la mesure où il tend à l'annulation de la décision attaquée, s'avère ainsi bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète (art. 98 let. b LPA-VD).

6. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence dans le domaine de l'assurance-invalidité, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle procède à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise contradictoire (art. 44 LPGGA), la question à examiner n'ayant fait l'objet que d'investigations trop sommaires de sa part. Il en découle que la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et à l'audition du Dr Q._____ doit être rejetée.

7. En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à G._____ pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise contradictoire et nouvelle décision.

La procédure est gratuite (art. 45 LPA-VD et 61 let. a LPGGA). Ayant obtenu gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGGA), qu'il convient de fixer à 1'500 francs.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition du 14 juillet 2011 est annulée et la cause est renvoyée à G._____ pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** G._____ versera à W._____ une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs).
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour W. _____),
- G. _____,
- 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 :