

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 juillet 2013

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mmes   Röthenbacher et Dessaux  
Greffier       :       M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Villars-Burquin, recourant, représenté par Me Raphaël Tatti,  
avocat à Lausanne,

et

**A.** \_\_\_\_\_ **SA**, à Winterthur, intimée, représentée par Me Didier Elsig,  
avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, travaille en qualité de kinésologue-massothérapeute indépendant. A ce titre, il s'est assuré facultativement selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20) auprès d'A.\_\_\_\_\_ SA (ci-après: A.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 18 août 2010, l'assuré a annoncé avoir été renversé, le 17 août 2010, par une voiture sortant d'une place de parc.

Dans un certificat médical initial du 16 septembre 2010, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service de chirurgie viscérale du CHUV, a fait état de dermabrasions multiples et d'une fracture du radius droit impliquant la pose d'un plâtre avec traitement antalgique. Ce médecin mentionnait une incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 17 août au 27 août 2010.

Dans un rapport médical du 21 septembre 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics de fracture de la tête radiale au coude droit et d'entorse de la cheville droite. Il relevait des plaintes de l'assuré sous la forme de douleurs au niveau du poignet droit ainsi que d'une gêne persistante au tendon d'Achille droit. Le traitement consistait en de la physiothérapie, de l'ostéopathie étant conseillée au patient. Etait joint un examen radiologique du 20 août 2010 du coude droit de l'assuré, dont il ressortait la présence d'une fracture de la tête radiale touchant la surface articulaire avec un petit enfoncement (1mm) de la partie antéro-latérale de la tête radiale.

A teneur d'un rapport médical du 16 mars 2011, établi à la suite d'une consultation du 14 février 2011, le Dr Z.\_\_\_\_\_ observait une évolution favorable moyennant un suivi de la physiothérapie pour la cheville et le coude droits de l'assuré. Ce médecin mentionnait les reprises

de travail suivantes: 50 % le 6 décembre 2010, 70 % le 24 janvier 2011 et 100 % dès le 7 mars 2011. Un dommage permanent étant en principe à exclure.

Dans un rapport médical du 7 juillet 2011, la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic provisoire d'état de stress post-traumatique (F43.1). Ce psychiatre a constaté une thymie dépressive avec des ruminations sombres autour de l'accident et des perspectives d'avenir ainsi qu'un fond de tristesse, une patience restreinte, une irritabilité et un manque d'énergie. L'assuré évitait les contacts sociaux et présentait des troubles du sommeil, sans présence de signes de la lignée psychotique. Un traitement sous la forme de neuf entretiens avait été mis en place du 23 novembre 2010 au 7 février 2011. Selon cette praticienne, ces entretiens ont été bénéfiques.

A l'occasion d'une arthro-IRM de l'épaule gauche de l'assuré du 14 septembre 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie à la Clinique [...] de Lausanne, a notamment relevé ce qui suit:

"Description:

Acromion de type II non plongeant. Pas d'arthropathie acromioclaviculaire significative. Confirmation d'une déchirure transfixiante complète de la distalité du tendon sus-épineux sans rétractation. Atrophie de stade I selon Goutalier. Pas d'infiltration adipeuse du muscle sus-épineux.

Pas de lésion du tendon et du chef musculaire du sous-épineux dont la trophicité est conservée. Pas de lésion du petit rond.

Pas de lésion démontrable du tendon et du chef musculaire du sous-scapulaire.

Le long chef du biceps est en place dans sa gouttière, sans lésion y compris dans son trajet intra-articulaire. Pas de signes de SLAP ou d'autre lésion du labrum. Pas de lésion osseuse hormis de petites géodes de la tête humérale en regard de l'insertion du sus-épineux.

Entre l'arthrographie et l'IRM du contraste a fusé postérieurement aux fibres du coraco-brachial.

Conclusion:

Déchirure complète de la distalité du sus-épineux sans rétractation avec atrophie de stade I mais sans infiltration adipeuse."

Le 7 octobre 2011, à la suite d'une consultation de l'assuré pour son problème à l'épaule gauche, le Dr Z.\_\_\_\_\_ relevait une

augmentation des douleurs à ladite épaule. Il a en outre indiqué que l'assuré avait eu une fracture du coude droit et une entorse de la cheville droite, raison pour laquelle les douleurs à l'épaule gauche étaient dans un premier temps passées inaperçues. Compte tenu de l'arthro-IRM précitée, une arthroscopie était fixée pour le 22 novembre 2011 à la Clinique [...] afin de contrôler la réparation du sus-épineux du membre concerné. Un éventuel geste chirurgical n'était par ailleurs pas exclu.

Le protocole opératoire du 23 novembre 2011 établi par le Dr Z. \_\_\_\_\_ mentionnait les diagnostics suivants:

- "- Importante tendinopathie et déchirure partielle du long chef du biceps (LCB) à l'épaule gauche.
- Déchirure partielle du tendon sous-scapulaire à l'épaule gauche.
- Déchirure complète du tendon sus-épineux et partielle du tendon sous-épineux à l'épaule gauche."

Dans un rapport médical du 30 novembre 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin-conseil d'A. \_\_\_\_\_ et spécialiste en chirurgie orthopédique, a notamment écrit ce qui suit:

"Se plaint d'emblée de problèmes au visage, au coude et à la cheville droite, de même que les dents. A été pris en charge par son médecin traitant puis par le Dr Z. \_\_\_\_\_ qui l'a vu tous les mois. Un inspecteur de sinistres de l'A. \_\_\_\_\_ l'a rencontré et établit un rapport dans lequel l'assuré se plaint de son coude, de sa cheville D et de ses dents. Il n'a par contre jamais parlé de son épaule G.

En été 2011, il a consulté un psychiatre pour un syndrome de stress post-traumatique.

A une année de l'événement, le patient consulte à nouveau le Dr Z. \_\_\_\_\_ pour des problèmes à l'épaule G. Cliniquement, présente une tendinopathie rompue du sus-épineux qui est confirmée à une arthro-IRM. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ demande la prise en charge de l'opération prévue le 22.11.11 à la clinique [...].

Vu l'absence totale de plaintes pendant plus d'une année, examiné à de nombreuses reprises par différents médecins, y compris par son orthopédiste et en particulier par le fait qu'il a dû utiliser son bras G de façon préférentielle en raison de la fracture de la tête radiale à D, je pense que l'utilisation prédominante de son membre supérieur G a été suffisante pour révéler une pathologie préexistante. En effet, je vois mal comment une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule G, puisse se révéler, pour la première fois, plus d'une année après un événement.

Il s'agit manifestement d'une lésion dégénérative de tendinopathie chronique, aboutissant à une rupture dégénérative du sus-épineux, corroborée par l'âge de l'assuré. [...]

En conséquence, il s'agit donc clairement d'une lésion dégénérative du tendon du sus-épineux gauche."

Dans un rapport médical du 27 janvier 2012, le Dr C. \_\_\_\_\_ du Centre de santé [...] à [...] a indiqué sous la rubrique "Indications du patient": "Suites d'accident du 17/08/2010 séquelles de traumatisme de l'épaule gauche suites de l'accident". Il a posé le diagnostic provisoire de douleurs liées aux suites de l'intervention chirurgicale du 22 novembre 2011. Ce praticien retenait une incapacité de travail à 100 % dès le 22 novembre 2011, probablement jusqu'au 22 février 2012, une reprise de travail étant alors fonction de l'évolution.

Au terme d'un rapport médical du 1<sup>er</sup> mai 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-conseil d'A. \_\_\_\_\_ et spécialiste en chirurgie, a indiqué intégralement partager les conclusions de son confrère le Dr K. \_\_\_\_\_ du 30 novembre 2011. Il a relevé en particulier ce qui suit:

"[...]

1. Diagnostic?

Fracture de la tête du radius non disloquée à droite et lésions ligamentaires à la cheville droite suite à un accident de la circulation le 17.08.2010.

Lésion de la coiffe des rotateurs d'origine dégénérative avec rupture complète du tendon sus-épineux, rupture partielle du tendon sous-scapulaire et lésion du long chef du biceps.

2. Les troubles présentés par l'assuré sont-ils dus de façon certaine, probable ou seulement possible à l'événement invoqué?

Les éventuelles douleurs du côté du coude droit et de l'articulation de la cheville droite doivent être considérées comme liées à l'événement du 17.08.2010. Les douleurs à l'épaule gauche ne peuvent pas être considérées comme des suites post-traumatiques de l'accident du 17.08.2010. L'assuré ne s'est plaint d'aucune douleur de ce genre pendant des mois. Une rupture fraîche du tendon supra-épineux conduit aussitôt à une symptomatologie sévère avec pseudo-paralysie du bras touché; ces symptômes sont certainement prédominants par rapport à d'autres blessures. Suite à l'accident, la mobilité et la résistance du membre supérieur droit se trouvaient certainement limitées du fait de la fracture de la tête du radius. Le membre supérieur gauche a certainement été davantage sollicité pour cette raison, ce qui n'aurait pas manqué de mettre en évidence une blessure de la coiffe des rotateurs. Comme aucune symptomatologie n'a été consignée dans le dossier à ce propos, on peut exclure de façon quasi certaine un lien de causalité entre

l'accident et la pathologie de l'épaule gauche. Le fait que la partie proximale du supra-épineux ne se soit pas rétractée infirme également l'hypothèse d'une causalité. Après une rupture du supra-épineux, il faut en effet s'attendre à ce qu'une rétraction notable se produise en l'espace d'une année dans pratiquement tous les cas. L'assuré est par ailleurs à un âge où des ruptures progressives d'origine dégénérative sont très fréquentes dans la région de la coiffe des rotateurs et conduisent peu à peu à des douleurs après une phase initiale asymptomatique. [...]"

Par décision du 24 février 2012, intégralement confirmée selon décision sur opposition rendue le 11 juin 2012, A. \_\_\_\_\_ a refusé l'octroi de ses prestations en relation avec les suites des affections de l'épaule gauche de l'assuré. L'assureur-accidents s'est rallié aux opinions de ses médecins-conseil, les Drs K. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ et a réfuté ainsi l'existence d'un lien de causalité entre les troubles à l'épaule et l'accident, étant d'avis que ce dernier membre n'avait pas été atteint lors de l'événement du 17 août 2010. La situation médicale étant suffisamment claire, la mise en œuvre d'investigations complémentaires apparaissait inutile.

**B.** Par acte du 12 juillet 2012, F. \_\_\_\_\_, représenté par Me Raphaël Tatti, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, principalement, à la réforme de la décision sur opposition précitée, en ce sens que l'intimée est tenue d'octroyer ses prestations en lien avec les lésions traumatiques constatées à son épaule gauche. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée, au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision. Il a requis à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise médicale confiée à un médecin indépendant. Il soutient en substance que les opinions des Drs K. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ sont en contradiction non seulement avec le Dr Z. \_\_\_\_\_ qui l'a traité mais également avec celui du Dr Q. \_\_\_\_\_. Il retient qu'il ressort de l'arthro-IRM du 14 septembre 2011 l'inexistence d'une atteinte de type dégénérative et qu'aucune lésion dégénérative n'ayant par ailleurs été diagnostiquée à l'épaule droite du recourant. Il constate que dans la mesure où l'intéressé est droitier, c'est en priorité au niveau de ce membre qu'une telle atteinte devrait exister. A l'appui de son recours, il a produit notamment une lettre de sortie du 30 novembre 2011 du Dr

Z.\_\_\_\_\_ dont il ressort notamment les diagnostics principaux de déchirure partielle post-traumatique du long chef du biceps (LCB) à l'épaule gauche, de déchirure partielle post-traumatique du tendon sous-scapulaire à l'épaule gauche et de déchirure complète post-traumatique du tendon sus-épineux et partielle du tendon sous épineux à l'épaule gauche. Le recourant a également produit une lettre du 3 juin 2012 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de son assureur perte de gain, dont il ressort notamment ce qui suit:

"En prenant connaissance des rapports médicaux de Monsieur F.\_\_\_\_\_, je pense qu'on peut tenir compte d'un accident sérieux: piéton renversé par derrière par un véhicule.

Après avoir été pris en charge aux urgences du CHUV le jour-même de l'accident, il t'a confié la suite du traitement depuis le 13 septembre 2010, se plaignant principalement du coude droit où la fracture de la tête radiale très légèrement enfoncée (1 mm) était consolidée. Ce n'est qu'en été 2011 que Monsieur F.\_\_\_\_\_ reprend contact avec toi se plaignant de son épaule gauche.

J'ai de la difficulté à admettre que cette déchirure étendue du sus-épineux et partielle du sous-scapulaire, du sous-épineux et du long chef du biceps sans rétraction, sans infiltration adipeuse musculaire chez un homme relativement jeune, soit manifestement dégénérative comme l'estime le Dr K.\_\_\_\_\_ (médecin conseil de l'A.\_\_\_\_\_).

D'autre part, en tant que masso-thérapeute kinésologue, comment Monsieur F.\_\_\_\_\_ a-t-il pu reprendre son travail à 100 % le 7 mars 2011 jusqu'au 20 juillet 2011 avec de telles lésions à l'épaule? En quoi consiste précisément son activité? N'a-t-il pas souffert de l'épaule?

Il est possible que les conséquences psychologiques de l'accident justifiant une prise en charge psychiatrique du 23 novembre 2010 au 7 février 2011 expliquent que Monsieur F.\_\_\_\_\_ n'ait pas réalisé les conséquences du traumatisme de son épaule gauche; peut-être aussi, mais sur ce point je n'ai aucune précision, les médicaments reçus ont camouflé la pathologie traumatique de l'épaule."

Dans son mémoire-réponse du 8 novembre 2012, A.\_\_\_\_\_, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. S'agissant de l'expertise médicale requise par le recourant, elle a également conclu à son rejet. L'intimée a allégué en substance que le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la causalité en tant que telle, mais émettait de simples

hypothèses et que le qualificatif "relativement jeune" n'était pas adapté en présence d'un assuré né en 1955. Elle a relevé que l'ensemble des éléments au dossier concordait avec l'avis des Drs K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. Partant, elle a déduit du principe de la vraisemblance qu'il n'était pas possible de retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle (et adéquate) entre l'événement du 17 août 2010 et les troubles scapulaires gauches du recourant.

Dans leurs écritures ultérieures, les parties ont maintenu, dans leur intégralité, leurs conclusions respectives.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, 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).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

**2.** Il y a lieu d'examiner si les atteintes à l'épaule gauche du recourant sont en lien de causalité avec l'accident.

**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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 115 V 286 consid. 1b et les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2<sup>ème</sup> éd., n° 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance

prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3).

**b)** En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

**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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

**4.** A lecture du dossier, on doit admettre avec les Drs K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ que ce n'est qu'à partir du mois de septembre 2011 (cf. arthro-IRM du Dr B.\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2011), qu'il est fait état d'exams cliniques en lien avec une déchirure complète de la distabilité du sus-épineux de l'épaule gauche de l'assuré. Jusqu'alors, soit plus d'une année après l'événement accidentel du 17 août 2010, outre le fait qu'il ait été examiné par plusieurs médecins (le Dr D.\_\_\_\_\_ du CHUV, son

médecin traitant) et spécialistes (dont en particulier le Dr Z.\_\_\_\_\_), le recourant ne s'était jamais plaint de douleurs au niveau de son épaule gauche, lesquelles ont finalement conduit à son hospitalisation à la fin novembre 2011 pour une intervention chirurgicale (cf. rapports médicaux des 7 octobre 2011 du Dr Z.\_\_\_\_\_) et 27 janvier 2012 du Dr C.\_\_\_\_\_).

Au terme de l'arthro-IRM pratiquée, le Dr B.\_\_\_\_\_ retient une déchirure complète du sus-épineux sans rétractation avec une atrophie de stade I. Ce radiologue ne se prononce en aucun cas sur l'étiologie de la lésion mise en évidence. Dans son avis du 7 octobre 2011, le Dr Z.\_\_\_\_\_ indique qu'en raison de la fracture du coude droit et d'une entorse de la cheville droite, les douleurs à l'épaule gauche étaient dans un premier temps, passées inaperçues. Il rapporte également une augmentation des douleurs de l'assuré à son épaule gauche. Dans le protocole opératoire du 23 novembre 2011 ainsi que dans sa lettre de sortie du 30 novembre 2011, le Dr Z.\_\_\_\_\_ pose uniquement des diagnostics en lien avec les lésions constatées à l'épaule gauche. Dans son certificat médical du 27 janvier 2012, le Dr C.\_\_\_\_\_ se cantonne pour sa part à mettre en évidence la présence de séquelles traumatiques, consécutivement à l'intervention du 22 novembre 2011. Partant, l'ensemble de ces éléments médicaux ne sont pas de nature à mettre en cause les explications fournies par les Drs K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ sur l'origine de la déchirure observée au niveau de l'épaule gauche du recourant.

En effet, au terme de leurs examens du dossier médical, les spécialistes et médecins-conseils de l'intimée retiennent d'une part qu'au vu de l'absence de plaintes pendant plus d'une année et de l'utilisation préférentielle de son bras gauche en raison de la fracture de la tête radiale au coude droit - cette dernière affection ayant en effet impliqué la pose d'un plâtre (cf. rapport médical du 16 septembre 2010 du Dr D.\_\_\_\_\_) -, il y a eu révélation d'une pathologie préexistante à l'événement de la mi-août 2010. D'autre part, âgé de 56 ans en 2011, le recourant se trouvait alors plus sujet à une rupture progressive d'origine dégénérative, ce type d'affections étant fréquent dans cette tranche d'âge au niveau de la coiffe des rotateurs. De plus, et comme le relève le Dr T.\_\_\_\_\_, l'arthro-IRM

pratiquée a mis en évidence une absence de rétractation du supra-épineux après une année, ceci en contradiction avec ce qui est généralement la norme en présence d'une déchirure traumatique. L'appréciation des Drs K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ s'appuie sur une argumentation médicale probante. L'avis émis par le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à mettre en cause le bien fondé ainsi que la fiabilité des conclusions des médecins-conseil de l'intimée. On observe, à l'instar de l'intimée dans son mémoire-réponse, que le Dr Q.\_\_\_\_\_ s'est limité à faire part de son propre avis sans pour autant apporter ou disposer d'éléments médicaux tangibles afin de l'étayer, si ce n'est en soutenant que dans le cas d'un "homme relativement jeune" tel l'assuré, il était difficile d'admettre une origine dégénérative au niveau de l'épaule gauche. De telles explications ne résistent pas à l'examen. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ s'est par ailleurs interrogé sur la compatibilité de la reprise de l'activité de masso-thérapeute kinésiologue en plein du 7 mars au 20 juillet 2011, soit durant la première année post-traumatique, compte tenu des lésions à l'épaule gauche du recourant. Ce médecin ne s'est par conséquent pas prononcé sur le lien de causalité (naturelle et adéquate) entre ces lésions et l'événement du 17 août 2010. Il est ici le lieu de rappeler que le seul fait que les douleurs à l'épaule gauche ne se soient manifestées qu'après la survenance de l'accident d'août 2010 ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. consid. 3a supra). Pour terminer, l'allégation du recourant selon laquelle, étant droitier, l'atteinte dégénérative aurait dû survenir en priorité à son épaule droite ne lui est d'aucun secours. Au contraire, le fait pour lui d'avoir dû solliciter en priorité (à titre de substitution à son membre droit plâtré) son bras gauche, lequel n'y est pas habitué, constitue un facteur beaucoup plus favorable et vraisemblable à l'apparition d'une rupture consécutive à une lésion dégénérative de tendinopathie chronique. Il n'est ainsi pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre les lésions à l'épaule gauche du recourant et l'accident survenu le 17 août 2010.

**5.** L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d'une nouvelle expertise médicale, de sorte que la requête formulée en ce sens par le recourant doit être rejetée. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

**6.** En conséquence, mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition rendue le 11 juin 2012 par l'intimée confirmée.

Il n'est pas perçu de frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 juin 2012 par A. \_\_\_\_\_ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Raphaël Tatti (pour F. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour A. \_\_\_\_\_ SA),
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :