

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

Y._____, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à
Lausanne.

Art. 29 al. 2 Cst.; 6 al. 1 et 2 LAA; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est tombé à ski sur son épaule gauche le 8 février 1998. Médecin spécialiste en allergologie et immunologie clinique depuis 2004, il travaillait au moment de l'accident en qualité de médecin-assistant auprès du service de médecine interne à l'Hôpital de X._____ et était assuré à ce titre auprès de M._____, désormais Y._____ (ci-après : Y._____ ou l'intimée), contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 10 février 1998, il a consulté le Dr W._____, spécialiste en chirurgie à l'Hôpital de X._____.

L'employeur de l'assuré a annoncé l'accident à M._____ (cf. courrier du 12 février 1998 de M._____ à l'assuré).

L'assuré a repris le travail sans interruption, suivi un auto-traitement (anti-inflammatoire non stéroïdien [AINS] et Dafalgan) et fait quelques séances de physiothérapie.

Le 13 juin 1999, l'assuré a rempli et retourné à M._____ un questionnaire. A la question de savoir s'il suivait toujours un traitement médical, l'assuré a répondu par l'affirmative et, à celle de savoir auprès de quel médecin, l'assuré a précisé : « Mir selbst ». Il a en outre ajouté ce qui suit :

« Rezidivierende Schmerzen bei vermehrter Belastung wie Autofahren auf kurviger Strecken, Sportlichen Aktivitäten wie Bowling oder Badminton, Wetterwechsel/Foehn ».

Le 24 janvier 2012, l'assuré a consulté le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin traitant de l'assuré, lequel a préconisé la mise en œuvre d'un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM).

Dans un rapport d'IRM du 21 février 2012, le Dr N._____, spécialiste en radiologie, a retenu les éléments suivants :

« Le muscle du supra-épineux est de forme normale, de signal conservé et son tendon présente un aspect aminci au niveau de son insertion distale avec liquide dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne traduisant un status post-désinsertion, sans rétraction significative.

Signe d'arthrose acromio-claviculaire avec excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion provoquant une empreinte à l'insertion conjointe du supra- et de l'infra-épineux provoquant un conflit sous-acromial.

Le tendon du long chef du biceps est dans sa gouttière bicipitale avec présence d'images d'allure kystique dans la gouttière bicipitale, de localisation antérieure et légèrement externe de 11,5 x 18,3 mm.

Le tendon du sous-scapulaire présente un aspect tuméfié avec aspect écarté de ses faisceaux traduisant une rupture partielle.

Zone hétérogène au niveau du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur traduisant une déchirure.

Encoche corticale de la tête humérale de localisation postéro-externe, c'est comme s'il s'agissait d'une empreinte de Hill-Sachs.

L'articulation acromio-claviculaire présente des surfaces irrégulières traduisant une lésion dégénérative avec discret épanchement.

Conclusion :

Imagerie par résonance magnétique de l'épaule gauche révélant une désinsertion de l'extrémité distale du supra-épineux avec liquide dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne.

Excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion provoquant un conflit sous-acromial.

Encoche corticale de la tête humérale de localisation postéro-externe, c'est comme s'il s'agissait d'une empreinte de Hill-Sachs avec déchirure du complexe labro-ligamentaire antéro-inférieur.

Kystes synoviaux plurilobés dans la partie antéro-externe de la gouttière bicipitale.

Signe d'arthrose acromio-claviculaire ».

Par déclaration de sinistre du 31 mars 2012, l'assuré a informé Y._____ que depuis l'accident du 8 février 1998, il souffrait de douleurs récidivantes parfois invalidantes, gênant le sommeil la nuit et lors d'activités sportives comme le bowling, le badminton, de la conduite automobile et lors de divers travaux au-dessus ou hauteur de la tête. L'antalgie se révélait parfois inefficace. Il signalait également n'avoir subi aucun traumatisme depuis le 8 février 1998. Quant à la nature de la lésion, il indiquait une lésion complexe de l'épaule gauche.

Dans un rapport médical intermédiaire du 12 mai 2012 à Y._____, le Dr E._____ a posé le diagnostic de luxation de l'épaule gauche et rupture de la coiffe des rotateurs. S'agissant de l'évolution, il faisait état d'une augmentation des douleurs chez un patient gaucher, avec Neer, Napoléon positif. Le traitement était actuellement conservateur et potentiellement chirurgical. Il n'attestait d'aucun arrêt de travail, celui-ci étant approprié. Selon le Dr E._____, le dommage était permanent.

Le 25 mai 2012, le Dr W._____ a fait part à Y._____ des informations suivantes :

« Es handelte sich um eine einmalige Konsultation am 10.02.1998 wegen einem Sturz beim Skifahren auf die linke Schulter und der damaligen Diagnose einer posttraumatischen subakromialen Bizepssehnentendinitis.

Wir haben damals diesen posttraumatischen Zustand initial mit Eis und antiphlogistika behandelt. Weitere Behandlungen wurden bei uns nicht durchgeführt, es handelte sich um keine rezidivbelastete Sportverletzung. Weitere Abklärungen wurden damals aufgrund der frische der Läsion nicht vereinbart. In der Folge war uns nicht bekannt ob und wo sich der Patient weiterbehandeln liess.

Leider können wir Ihnen schlüssigeren Angaben zu diesem Kasus machen ».

L'assuré a complété sa déclaration à la demande d'Y._____ le 6 juin 2012. Il a exposé les circonstances de l'accident comme suit :

« Lors d'une descente à ski sur les pentes du « [...] » à [...], mon ski a accroché l'herbe dans une courbe à gauche sur une partie non enneigée d'une piste ouverte au public. Dans un mouvement de rotation en avant, je suis tombé sur l'épaule gauche et j'ai eu une douleur importante immédiatement.

[...]. La plaque d'herbe n'était pas visible de loin et m'a surpris. Je ne pouvais donc plus l'éviter.

[...]. [Les douleurs sont apparues] immédiatement à la chute en crescendo, maximales 10/10 dans les jours qui ont suivi malgré un traitement d'anti-inflammatoires. Augmentation de la douleur par le mouvement ».

Il a également précisé n'avoir jamais été victime auparavant d'un accident avec lésion à l'épaule gauche, ni avoir déjà été soigné pour une affection à l'épaule gauche, ni avoir été opéré à cet endroit. Il a indiqué n'avoir fait l'objet d'aucune IRM avant celle du 21 février 2012. A

l'époque de l'accident, des radiographies standards avaient été réalisées mais les documents laissés aux archives de l'Hôpital de X._____ ne pouvaient être retrouvés.

Y._____ a mandaté le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin de réaliser une expertise, laquelle a eu lieu le 16 novembre 2012. A cette occasion, un bilan radiologique standard a été réalisé par le Dr [...], spécialiste en radiologie, lequel a fait part des descriptions suivantes au Dr Z._____ :

« Très discrète sclérose sus-trochantérienne bilatérale, à peine plus marquée du côté droit, pouvant entrer dans le cadre de son conflit sous-acromial.
L'articulation acromio-claviculaire est sans particularité des deux côtés, sans trouble dégénératif. Il n'y a pas d'omarthrose. Pas de calcification en surprojection des coiffes des rotateurs. Pas de lésion osseuse focale ».

Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2012, le Dr Z._____ a posé les diagnostics de status près de 15 ans après probable contusion de l'épaule gauche (éventuelle contusion sous-acromiale), de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (et probablement aussi droite), d'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire (AC) gauche, de status après plastie LCA [ligament croisé antérieur] du genou droit en 1989, avec reprise en 1990, et de status après stabilisation chirurgicale de l'appareil ligamentaire externe de la cheville gauche en 1983. Le Dr Z._____ a exposé l'anamnèse comme suit :

« Patient de 44 ans, gaucher, se considérant en bonne santé habituelle. Il s'agit d'un médecin interniste, spécialiste en immunologie, installé comme indépendant depuis 2004.
Dans ses antécédents, on note une cure chirurgicale de hernie inguinale à l'âge de 3 semaines. En 1983, entorse externe de la cheville gauche, traitée chirurgicalement (Dr [...]). En 1989, entorse du genou droit, à l'origine d'une rupture du LCA, traitée par plastie (Dr E._____). Cette plastie fut compliquée par l'arrachement de la pastille osseuse proximale, lors d'un mouvement d'hyperextension du genou en janvier 1990, ayant conduit à une reprise chirurgicale. L'évolution fut dès lors favorable.
Tabac : nihil.
OH [alcool] : consommation modérée, le week-end.

Le patient se dit être un ex-sportif. Il a beaucoup pratiqué le football, jusqu'en 4^{ème} ligue. Il est ensuite devenu arbitre (3^{ème} ligue). Par ailleurs, pratique régulière du ski, jusqu'à la lésion du genou, ayant fait des compétitions régionales. Enfin, pratique occasionnelle de tennis, badminton et bowling. Actuellement, il fait essentiellement de la marche et du ski de fond.

A la demande, Mr U._____ signale l'absence de toute symptomatologie concernant ses épaules avant l'événement qui nous concerne.

Evènement du 8 février 1998

Selon le rapport de sinistre détaillé, signé par le patient le 8 mai 2012, c'est lors d'une descente à ski que son ski a accroché l'herbe, lors d'une courbe à gauche, sur une partie non enneigée d'une piste. Après un mouvement de rattrapage, de rotation et en avant du tronc, le patient a fini par se réceptionner au sol sur son épaule gauche. Douleurs importantes immédiates.

Ce jour, le patient précise que le membre supérieur était positionné « coude au corps ». Les douleurs immédiates étaient maximales (10/10 sur une échelle analogique). Pas de notion de déformation de cette articulation, ni d'ailleurs de sensation de ressaut. Le patient se souvient avoir eu une période de « pseudo paralysie » de son bras, pendant les 5 premières minutes qui ont suivi sa chute. Il a ensuite pu se relever et terminer la descente, puis a stoppé le ski.

A cette époque, il était médecin-assistant à l'Hôpital de X._____. Il a donc recherché un rendez-vous auprès du chirurgien responsable de cet établissement (Dr W._____). Ce fut possible pour le 10 février 1998.

Dans l'intervalle, il a pu progressivement retrouver la mobilité de son épaule, alors que les douleurs sont restées marquées. Il a pris des AINS de lui-même. Après avoir consulté le Dr W._____, une radiographie aurait été pratiquée, qui aurait été décrite comme « normale ». Ce document n'a pu être localisé.

Le 25 mai 2012, à la demande de Y._____, le Dr W._____ rédige un rapport médical, nous informant qu'il avait effectivement examiné le patient le 10 février 1998. La consultation a fait suite à un accident de ski. Diagnostic de tendinite du biceps avec syndrome sous-acromial post-traumatique. Traitement par glace et AINS. Pas d'autre thérapie. Pas d'autres investigations. Il ne sait pas s'il y a eu un suivi. Selon notre confrère, il ne s'agissait pas d'une lésion sportive récidivante, mais d'une lésion aiguë.

Mr U._____ confirme n'avoir pas eu de suivi médical par la suite. Le Dr W._____ lui aurait proposé de réaliser une IRM, en fonction de l'évolution. Cet examen n'a pas eu lieu en son temps, la situation ayant été jugée, par le patient, acceptable.

Mr U._____ précise avoir suivi un auto-traitement (AINS + Dafalgan). Il avait tenté la prise de Tramal, au début, médication mal supportée. Finalement, il a fait 2-3 séances chez une physiothérapeute, qu'il connaissait, et qui l'ont soulagé.

Dans les années qui ont suivi, le patient dit avoir régulièrement ressenti une symptomatologie douloureuse à l'effort. Il a une sœur physiothérapeute, qu'il consultait de manière épisodique, bénéficiant de traitements très ponctuels, 1 ou 2 séances de manipulations à la fois.

Mr U._____ dit avoir arrêté le ski à brève échéance (ne se rappelle pas avoir skié l'hiver suivant sa chute). Il a en revanche fait du ski de fond, de la marche et du vélo. Le tennis a également été stoppé

après « quelque temps ». Finalement, il a progressivement limité l'activité de badminton et de bowling.

Il précise en outre avoir eu « trop de travail » en tant qu'assistant. Fin 1998, il est parti à Olten puis, une année plus tard, à Genève, pour faire sa formation d'immunologue, formation terminée en 2004. Durant cette période, il n'avait « pas la possibilité » de s'occuper de sa propre santé. Il a tout juste pu contrôler son genou (LCA).

Ce n'est que récemment qu'il a décidé de consulter en raison de la persistance de la symptomatologie à l'épaule gauche. Mr U. _____ décrit actuellement des douleurs constantes (intensité 2-3/10), s'aggravant à l'effort (à l'élévation du membre). Pour exemple, il éprouve des difficultés à décrocher ou à raccrocher les rideaux de la maison. En outre, il dit avoir une piscine chez lui, qu'il vide et nettoie chaque année. Lors des nettoyages, il doit faire des pauses tous les 3-5 mètres, en raison de ses omalgies gauches et d'une fatigabilité exagérée de son bras. Enfin, il signale la présence de douleurs nocturnes.

En revanche, Mr U. _____ dit être peu gêné dans la pratique de son métier, sauf pour les visites à domicile (les longs trajets en voiture, en particulier en montagne, où il y a des virages fréquents, s'avèrent parfois pénibles).

Rapport d'IRM de l'épaule gauche du 21 février 2012 (à la demande du Dr E. _____) - examen pratiqué par le Dr N. _____ : muscle supra-épineux de forme normale, de signal conservé, son tendon présentant un aspect aminci. Liquide dans la bourse sous-acromiale, traduisant un status post-désinsertion. Signe d'arthrose acromio-claviculaire.

Excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion, provoquant une empreinte sur les tendons supra et infra-épineux (conflit). Long chef du biceps dans sa gouttière. Image d'allure kystique dans la dite gouttière, de localisation antérieure, légèrement externe (11,5x18 mm).

Le tendon du muscle sous-scapulaire est tuméfié, avec un aspect écarté de ses faisceaux, traduction d'une lésion partielle. Zone hétérogène du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur (déchirure).

Encoche corticale de la tête humérale, postéro-externe, comme s'il s'agissait d'une empreinte de Hills-Sachs.

Selon le patient, aucun traitement n'a été mis en route depuis février 2012, date de sa consultation chez le Dr E. _____, hormis la prise ponctuelle d'AINS (Xefo). On a évoqué la possibilité d'une infiltration du kyste osseux para-LCB [long chef du biceps] (précité). En deuxième lieu, on a suggéré une infiltration sous-acromiale. Ces gestes devraient avoir lieu « prochainement » ».

Le Dr Z. _____ a également exposé ce qui suit :

« 3. STATUS CLINIQUE

Patient ponctuel au rendez-vous. Très bonne collaboration. Pas de phénomène d'autoprotection ou d'autolimitation. Déshabillage rapide.

Taille : 186 cm; poids 99 kgs.

En position debout, les épaules sont à niveau, le bassin est équilibré. Pas de déviation pathologique du rachis, dans les deux plans. Flèches 7-0-6-0 cm, fil à plomb centré.

Pas de douleur à la palpation des apophyses épineuses cervico-dorsales, ainsi que de la musculature para-vertébrale. Idem pour la musculature péri-scapulaire. Pas de contracture musculaire régionale.

La mobilité de la colonne cervicale est préservée, indolore :

- Flexion/extension : 2-22 cm (menton-manubrium).
- Rotations : 70/0/70°.
- Flexion latérale : 25/0/25°.

La trophicité musculaire des ceintures scapulaires est symétriquement développée. Mobilité scapulo-thoracique préservée, sans ressaut pathologique.

Légère proéminence de l'articulation acromio-claviculaire droite, qui est toutefois indolore, stable. L'articulation AC [acromio-claviculaire] gauche est légèrement douloureuse à la palpation, stable également.

Douleur à la palpation pré-acromiale gauche. Pas d'hyperthermie, ni empatement pathologique local. Craquements marqués à la rotation passive des deux épaules, un-peu plus du côté gauche. Neer test légèrement positif du même côté, négatif à droite. Hawkins test négatif ddc [des deux côtés].

Amplitudes active des épaules :

- Antepulsion : 170° à droite; 160° à gauche.
- Abduction : 150° à droite; 100° à gauche.

Les valeurs sont corrigées du côté gauche en passif, le patient freinant par ailleurs sans difficulté la chute du bras, en particulier durant le dessin de l'arc latéral.

En outre, rotation interne/externe : 75/0/90° ddc.

Finalement, rotation externe II (coude au corps) : 70° ddc.

Tests d'intégrité de la coiffe des rotateurs : Jobe, Patte, lift-off et Belly-press tests, négatifs ddc. Gerber I test normal à droite, peu soutenu du côté gauche.

Pas de signe de rupture du long chef du biceps. Sa contraction contrariée déclenche des douleurs proximales du côté gauche. La force bicipitale/ tricipitale est satisfaisante : M4+/5- à gauche; M5 à droite. Force deltoïdienne symétrique.

Laxité gléno-humérale antéro-postérieure physiologique ddc.

Pas de troubles trophiques des coudes, qui présentent une mobilité physiologique (140/0/0°), sans laxité pathologique. Discret tinel cubital bilatéral, présent légèrement en amont du sillon y relatif.

Poignets et des mains eutrophiques, normo-mobiles. Flexion/extension : 65/0/70°; pro-supination : 90/0/90°. Enroulement des doigts longs physiologique. Rares callosités palmaires, symétriquement étalées.

Artères périphériques palpables. Absence de troubles sensitivo-moteurs périphériques. Réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques.

Force de préhension : 50-54-54 kgs à droite; 44-40-32 kgs à gauche.

Périmètres :

- Bras (à 10 cm de la pointe de l'olécrâne) : 35 cm à droite; 34 cm à gauche

- Avant-bras (à 10 cm de la pointe de l'olécrâne): 28 cm à droite; 29 cm à gauche.

4. RADIOGRAPHIES

Le bilan initial (1998) n'a donc pas pu être localisé.

IRM de l'épaule gauche du 21 février 2012 : Cf. plus haut.

On précise que le tendon du muscle sus-épineux reste en continuité. La trophicité musculaire paraît préservée. On remarque la présence de formations kystiques osseuses sous-chondrales du trochiter, à l'aplomb de l'insertion du tendon du muscle sus-épineux, ainsi qu'en arrière (en regard de celle du muscle sous-épineux), visibles sur les coupes 2 à 5/séquence 3 (coupes frontales). On confirme l'épaississement du tendon du muscle sous-scapulaire, qui paraît inflammatoire (séquence 7/ coupes 15, 17, voire 18), sans signe de solution de continuité abrupte de ses fibres.

Le tendon du muscle LCB est dans sa gouttière, d'aspect homogène, bordé effectivement par une formation kystique sous-chondrale qu'on localise juste sous la gouttière en question (séquence 7/coupes 10-13, en réalité mieux visible en T2, séquence 8).

Enfin, il est intéressant de noter que, la supputée déformation postérieure de la tête humérale qui, selon le confrère radiologue, pourrait être le reflet d'une lésion Hills-Sachs, occupe une localisation inhabituelle, puisqu'elle touche la partie très inférieure de la dite tête ! Bien visible sur la séquence 11, coupes 9- 12, elle est de faible envergure, homogène, reflétant très certainement une variante de la norme.

Bilan radiologique standard du jour (deux épaules F/Lamy/axiale) :

Acromion de type II ddc. Pas de calcification sous-acromiale suspecte. Légère sclérose du trochiter (sommet), bilatéralement. Architecture trabéculaire symétrique, physiologique. Contours des têtes humérales physiologiques également, en particulier sans déformation post-traumatique du côté gauche. Rapports gléno-huméraux préservés ».

Dans son appréciation du cas, le Dr Z. _____ a fait état des éléments suivants :

« Dans le cas de Mr U. _____, l'action vulnérante qu'a subi son épaule, telle qu'elle a été décrite plus haut (chute de sa hauteur sur la face externe de l'épaule, sans mouvement extrême), fut à priori

très peu susceptible de générer une lésion d'une des structures de la coiffe des rotateurs.

L'impotence fonctionnelle qu'a présentée l'épaule, dans les suites quasi immédiates de cet événement, peut quant à elle rendre compte d'une lésion anatomique significative (dans le sens d'une solution de continuité de fibres de collagène), mais ne peut exclure, à elle seule, une simple contusion, a fortiori une contusion sur des tissus préalablement fragilisés.

En revanche, la récupération rapide de la fonction (donc des amplitudes) de l'épaule, dans les heures ou les jours qui ont suivi le traumatisme, sans traitement ou aide extérieure (physiothérapie) soutenu, rend très peu probable la notion de lésion anatomique aiguë significative.

Cette évolution peut à la rigueur corroborer une lésion tendineuse aiguë mineure, sur une coiffe préalablement saine ou usée, ou une contusion d'une coiffe fragilisée, scénario qui n'exclut pas le retour à un status fonctionnel usuel à court ou à moyen terme, suivant ensuite à peu de choses près le cursus habituel de la tendinopathie précitée.

C'est ainsi que Mr U. _____ a récupéré une fonction usuelle ou adéquate de son épaule, assez rapidement, sans autre thérapie, encore une fois soutenue, en poursuivant certaines de ses activités sportives, activités par ailleurs susceptibles d'être contraignantes pour l'épaule dominante (tennis, bowling, ski nordique, etc). Cet aspect des choses rend également très peu probable une lésion tendineuse significative récente.

Le bilan actuel révèle une tendinopathie classique de la coiffe des rotateurs, montrant donc plusieurs stigmates connus, cliniques (conflit sous-acromial, surcharge du LCB), voire radiologiques (usure ou enflure tendineuse, activité réactionnelle sous-chondrale sur le site d'insertion des tendons). L'atteinte paraît un peu plus marquée sur le sous-scapulaire, mais n'épargne finalement aucun des muscles de la coiffe (touchant même le sous-épineux, muscle antagoniste du sous-scapulaire !).

Cette pathologie n'a donc rien d'exceptionnel chez un patient âgé de 44 ans, touchant le membre dominant, de surcroît chez un sportif ayant beaucoup sollicité ses épaules.

En définitive, il semble hautement probable que l'événement qui s'est produit le 8 février 1998 a généré une contusion de l'épaule gauche (éventuellement une contusion sous-acromiale).

On ne peut bien entendu exclure, de manière formelle, la possibilité d'une lésion tendineuse aiguë, mais de très faible envergure, au même titre que la notion d'une coiffe qui commençait déjà à se fragiliser (chez un sportif manifestement invétéré).

Quoi qu'il en soit, compte tenu du scénario déployé par la suite, la notion d'une lésion anatomique fraîche a rapidement perdu de son importance, laissant en réalité comme seul responsable (causalité hautement voire très hautement probable), dans le cursus de cette épaule, la dynamique d'une tendinopathie dégénérative ou micro-traumatique, qui fut peut-être décompensée par la contusion, mais seulement de manière transitoire (le traitement aigu nécessaire ayant rapidement cessé).

On rappelle qu'une contusion/entorse bénigne de l'épaule cesse généralement de déployer ses effets après une période de quelques semaines, rarement plus que trois ou quatre. Une extension de la symptomatologie dans le temps peut être admise en cas de troubles dégénératifs sous-jacents (en admettant l'hypothèse d'une fragilité

tissulaire exagérée et partant, d'une vitesse de rétablissement ralentie), en particulier pour la coiffe des rotateurs, extension qui ne devrait pas dépasser 3-4 semaines supplémentaires, pour autant que le traitement appliqué soit adéquat (AINS, antalgie, physiothérapie, éventuellement une infiltration pour certains de ces cas). A cette échéance, le principe du status quo ante/sine doit être évoqué. Dans le cas de Mr U._____, il n'y a pas d'argument significatif susceptible de prolonger ce délai, ce d'autant plus qu'aucun traitement suivi, ou soutenu, ne prévalait à cette échéance, le patient ayant par ailleurs récupéré une fonction adéquate.

Citons aussi quelques éléments rentrant dans le cadre de troubles dégénératifs articulaires. En effet, Mr U._____ présente une arthrose acromio-claviculaire bien documentée. Cette entité est aussi la plupart du temps d'apparition précoce. Ceci a été démontré par de Palma dans ses études anatomo-pathologiques portant sur l'articulation en question, en particulier de la dégénérescence progressive de la structure discale y relative. Dans les conclusions de de Palma, on note qu'une arthrose acromio-claviculaire se situant au-delà de 40-50 ans n'a rien de pathologique. On peut même estimer que cette arthropathie représente un état physiologique, régi par l'âge. On comprend donc pourquoi la plupart des altérations (comme pour la pathologie dégénérative tendineuse de l'épaule) sont peu ou pas symptomatiques en temps normal. C'est aussi le cas chez Mr U._____, l'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire gauche n'ayant pour l'instant pas d'implication clinique ».

En réponse aux questions d'Y._____, le Dr Z._____ a exposé dans son expertise que la relation de causalité naturelle entre l'événement du 8 février 1998 et la pathologie objectivée actuellement à l'épaule gauche de l'assuré paraissait hautement voire très hautement improbable. L'événement du 8 février 1998 a manifestement été à l'origine d'une contusion de l'épaule, possiblement à l'origine d'une lésion tendineuse de faible envergure de la coiffe des rotateurs. Selon le médecin, le status quo ante/sine a été atteint après deux mois au maximum. Au-delà, le cursus de cette épaule a assurément été régi par la dynamique de la maladie dégénérative ou micro-traumatique de la coiffe des rotateurs.

Par courrier du 11 janvier 2013, Y._____ a informé l'assuré qu'elle n'entendait pas prendre en charge les conséquences de l'événement du 8 février 1998 au-delà du 8 avril 1998. Se référant aux conclusions de l'expertise du Dr Z._____, elle a estimé que les douleurs de l'assuré n'avaient plus de rapport avec l'événement à compter de cette date au plus tard. Au titre du droit d'être entendu, Y._____ a imparti un

délai de vingt jours à l'assuré pour se prononcer sur son préavis avant de lui notifier une décision formelle.

Le 31 janvier 2013, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision en ces termes : « je vous notifie mon opposition à votre position. Elle s'appuie autant sur la forme que sur le contenu et donc bien évidemment sur les conclusions de l'expertise du Dr Z._____ ». Il indiquait en outre avoir transmis son dossier à un avocat et demandait un délai supplémentaire afin d'apporter de nouvelles pièces au dossier, faisant référence à une contre-expertise requise auprès d'un chirurgien orthopédique.

Par courrier du 12 février 2013, Y._____ a imparti à l'assuré un délai au 26 février 2013 pour lui faire part des points contestés de manière circonstanciée. A défaut, une décision formelle identique aux déterminations du 11 janvier 2013 lui serait notifiée.

Le précédent conseil de l'assuré s'est adressé à Y._____ par courrier le 8 février 2013 et par courriel le 15 février 2013, lui demandant la production du dossier de l'assuré afin de pouvoir se déterminer sur la mise en œuvre d'une expertise neutre et lui priant de ne pas fixer de délai pour l'instant.

Par décision du 28 février 2013, Y._____ a confirmé son préavis du 11 janvier 2013 et refusé la prise en charge des prestations relatives à l'événement du 8 février 1998 au-delà du 8 avril 1998. Constatant que l'assuré n'avait pas précisé les griefs soulevés à l'encontre de l'expertise du Dr Z._____, à laquelle elle reconnaissait une pleine valeur probante, Y._____ a estimé que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale était superflue et qu'il convenait de maintenir sa position.

Le 26 mars 2013, l'assuré, désormais représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, s'est opposé à cette décision. Il a relevé qu'Y._____ avait rendu sa décision sans attendre la production d'un

rapport d'expertise à laquelle l'assuré avait indiqué vouloir se soumettre. Il a critiqué divers points de l'expertise du Dr Z._____, en particulier l'anamnèse retenue, et a contesté la valeur probante de celle-ci. En outre, l'assuré demandait la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (spécialiste de l'épaule selon l'assuré).

A l'appui de son opposition, l'assuré a transmis un rapport du 23 mars 2013 du Dr E._____, dont la teneur est la suivante :

« **Anamnèse :**

En date du 8 février 1998 Mr U._____ a fait une chute en pratiquant le ski.

Mr U._____ skiait avec un rythme de slalom géant. La vitesse peut être estimée certainement à plus que 50 km/h potentiellement à plus de 60 km/h. Son ski a accroché une partie de piste dénuée de neige et cet événement a généré une perte de la stabilité et du contrôle du virage. Il a tenté une manœuvre de rattrapage qui s'est soldée par un échec et a généré une chute sur le côté gauche. Cette chute a généré une très violente douleur au niveau de l'épaule gauche. Mr U._____ a, après avoir attendu un moment, terminé tant bien que mal la descente.

Immédiatement après cette chute il décrit une période de « pseudo-paralysie » Cette description correspond en anglais à un « dead-arm syndrome ».

Il n'y a pas eu de prise en charge médicale approfondie à ce moment.

Depuis ce moment, il a accepté la persistance d'une symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule gauche. Il faut rappeler que le patient est gaucher.

Il m'a consulté le 24 janvier 2012.

Actuellement l'épaule gauche est symptomatique dans plusieurs activités.

Ces activités comportent, entre autres, les gestes suivant :

Dévisser un couvercle, écrire, tourner une clé dans une serrure, placer un objet en hauteur, nettoyer une piscine, changer une ampoule en hauteur, pratique de sports de raquettes.

Il a considérablement modifié ses activités sportives de loisirs.

Examen clinique :

On observe une asymétrie au niveau de la ceinture scapulaire avec un volume diminué à gauche.

Ceci est illustré par les photographies en annexe.

Au testing de la force dans les mains, celle-ci est diminuées à gauche.

Au testing de la musculature de l'épaule, les tests évaluant le sous-scapulaire sont douloureux et limités en intensité. Les tests évaluant le sus-épineux sont asymétrique en défaveur de la gauche.

Examen radiologique :

L'examen IRM du 21 février 2012 atteste des pathologies suivantes : Amincissement du tendon du sus-épineux, mais conservation de l'aspect du corps musculaire.

Altération du tendon du muscle sous-scapulaire.

Altération du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur.

Encoche corticale postéro-externe de la tête humérale.

Altération de l'articulation acromio-claviculaire.

Altération au niveau du long-chef du biceps et images de kyste au dépend et latéralement à la gouttière bicipitale.

Observations concernant le rapport du Dr Z. _____ :

Dans le chapitre status clinique il est noté en page 5 : « ..les épaules sont à niveau.. » en page 6 « la trophicité musculaire des ceintures scapulaires est symétriquement développée.. »

Ceci est manifestement faux.

Une différence de volume en défaveur de l'épaule gauche est manifeste sur la photographie ci-dessous [...].

En page 6 la force est décrite « M4+/5- à gauche; M5 à droite », en page 7 « la force de préhension : 50-54-54 kgs à droite : 44-40 32 kgs à gauche »..

Le testing approximatif de la force du deltoïde, l'estimant symétrique, est incohérente avec la perte de volume et avec la perte de force constatée aux autres localisations.

En ce qui concerne l'interprétation des images de l'IRM.

La continuité du muscle sus-épineux paraît effective mais la qualité des fibres tendineuses est certainement altérée.

Le tendon du sous-scapulaire n'est que rarement le siège d'une rupture « abrupte » de ses fibres.

L'image actuelle est vraisemblablement correspondante à celle d'une rupture partielle.

En ce qui concerne le long chef du biceps il n'est fait mention que de lésions kystiques sous-chondrale, les lésions antérieures ne sont pas décrites.

En ce qui concerne le bourrelet ou labrum il n'est pas repris dans la discussion.

L'image IRM du labrum est pathologique dans sa portion antéro-inférieure.

La discussion sur la forme de la partie postérieure de la tête humérale conclut à une variante de la norme. Il est donc admis que l'image n'est pas « normale ».

En ce qui concerne les images de radiologie standard :

Il est relevé « en particulier sans déformation post-traumatique du côté gauche ». Il semble que le sens soit : sans lésion de Hill-Sachs. Si c'est le cas, cette affirmation n'est pas acceptable, une lésion de Hill Sachs nécessite la plupart du temps des incidences spéciales pour être visualisée.

Telles que les incidences suivantes : image antéro-postérieure avec le bras en rotation interne de 45°, l'incidence de Stryker ou l'incidence adaptée de Didiee.

En ce qui concerne le fait que la lésion de Hill-Sachs serait de localisation très inhabituelle Je reprends l'article de Nobuyuki Yamamoto, la lésion de Hill-Sachs est illustrée ci-dessous, elle va bien potentiellement dans la partie basse de la tête humérale [...].

Le Dr Z. _____ commence son appréciation du cas par une discussion de la pathologie dégénérative de l'épaule. (page 8 et 9)

En page 10 il décrit le traumatisme comme « une chute de sa hauteur sur la face externe de l'épaule, sans mouvement extrêmes ».

La chute s'est produite à ski, à une vitesse élevée après des tentatives de « rattrapages ». L'énergie cinétique n'est en aucun cas correspondante à une « chute de sa hauteur ».

Il faut discuter de la pathologie découlant habituellement de traumatisme à ski,

Je me réfère à deux articles sur le sujet, Shoulder injuries during alpine Skiing, Kocher. Feagin et Skiing related injuries to the shoulder Weaver.

L'âge moyen est de 34.5 ans, le Dr U. _____ avait 30 ans.

La cause la plus fréquente (93.9%) est une chute. Les lésions de la coiffe des rotateurs avec les luxations et les entorses acromio-claviculaires représentent 65.4% des lésions constatées.

La sensation de pseudoparalysie « dead-arm syndrome » est liée à la perturbation neurologique due à un traumatisme violent (Abrams), elle atteste d'un traumatisme significatif.

En l'état l'IRM atteste de signe pathologique au niveau de la coiffe des rotateurs, au niveau du labrum et au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

Ces 3 sites anatomiques font partie des sites le plus souvent traumatisés lors d'une chute à ski.

Il est effectivement difficile, en absence d'un IRM précoce après l'accident, de stipuler avec certitude la localisation principale du traumatisme.

Le diagnostic de status près de 15 ans après probable contusion de l'épaule gauche (éventuelle contusion sous-acromiale)(terme qui mériterait d'être précisé, probablement il s'agit d'une description de lésion des tendons de la coiffe des rotateurs.) ne reflète en rien la réalité de la persistance de symptômes durant près de 15 ans.

La référence aux travaux de De Palma, quelques soit leurs qualités et sans spécifier lesquels, fait selon toutes probabilités référence à

des travaux à considérer comme anciens car celui-ci a quitté sa fonction académique en 1970, à 65 ans. (1905-2004)

En conclusion, il est certain que le Dr U._____ n'a jamais récupéré une épaule asymptomatique depuis sa chute à ski.

Il y a la présence de séquelles de lésions anatomiques qui sont classiques dans les accidents de ce type.

Il y a un score de DASH à 27 qui atteste de la gêne fonctionnelle persistante.

Il y a lieu de pouvoir commencer un traitement de séquelles traumatiques présent à l'épaule gauche ».

Par courrier du 26 juin 2013, Y._____ a informé l'assuré qu'elle refusait d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire, celle-ci lui apparaissant superflue. Elle priait l'assuré de lui faire savoir s'il entendait confier un mandat d'expertise privée au Dr C._____, auquel cas elle suspendrait la procédure dans l'attente de son rapport.

Le 15 juillet 2013, l'assuré a informé Y._____ avoir mandaté le Dr C._____ pour la réalisation d'une expertise, lequel indiquait ne pouvoir rendre son rapport avant six mois.

Par décision sur opposition du 15 avril 2014, Y._____, constatant qu'aucun rapport d'expertise privée ne lui avait été soumis, a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé dans son intégralité sa décision du 28 février 2013.

B. Par acte du 27 mai 2014, U._____ a recouru contre la décision sur opposition du 15 avril 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'Y._____ est tenue de prendre en charge les suites de l'événement du 8 février 1998 et subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction. Il conclut également à la prise en charge par Y._____ des frais de l'expertise réalisée par le Dr C._____. Il se plaint d'une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'intimée a statué avant la production du rapport d'expertise du Dr C._____, qu'elle savait en cours de réalisation, et sans l'interpeller afin de savoir dans combien de temps ledit rapport pourrait lui être

soumis. Comme dans son opposition, il conteste la valeur probante de l'expertise du Dr Z._____. A titre de mesures d'instruction, il requiert son audition ainsi que celle du Dr C._____.

A l'appui de son recours, il produit le rapport d'expertise du 5 mai 2014 du Dr C._____, lequel se fonde notamment sur deux examens du patient les 22 novembre 2013 et 7 mars 2014 ainsi que sur une arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 7 janvier 2014, un examen neurologique et un électromyogramme (EMG) réalisés le 9 janvier 2014 par le Dr H._____, spécialiste en neurologie. Dans son expertise, le Dr C._____ retient les diagnostics suivants : « Lésion partielle post-traumatique du plexus brachial à l'épaule gauche, touchant le nerf axillaire et le nerf suprascapulaire », « déchirure partielle post-traumatique de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche, touchant principalement le tendon sus-épineux et le tendon sous-scapulaire », « ganglion-cyst du long chef du biceps à l'épaule gauche, probablement d'origine post-traumatique » et « arthropathie acromio-claviculaire à l'épaule gauche probablement secondaire à une entorse post-traumatique acromio-claviculaire gauche ». De son avis, la lésion partielle post-traumatique du plexus brachial et la déchirure partielle post-traumatique de la coiffe des rotateurs ont été causées de manière certaine par l'accident du 8 février 1998, tandis que le ganglion-cyst du long chef du biceps et l'arthropathie acromio-claviculaire ont été causées de façon probable par ledit accident. Il explique que vu la présence confirmée par EMG d'une lésion partielle du plexus brachial, on peut clairement affirmer que celle-ci est d'origine post-traumatique, ce qui permet également, vu l'importance de l'accident, d'affirmer que la déchirure de la coiffe des rotateurs est elle aussi post-traumatique. Selon l'expert, les lésions n'ont pas guéri depuis l'accident du 8 février 1998 et semblent même avoir progressé, de sorte que les suites de l'accident ne sont pas stabilisées. Il estime qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, les troubles constatés peuvent toujours être considérés comme en relation de causalité avec l'accident et que le statu quo ante et le statu quo sine n'ont pas été atteints. Il préconise un traitement chirurgical de l'épaule, excepté

pour la lésion du plexus brachial. Le Dr C. _____ expose la discussion du cas comme suit :

« Docteur U. _____ a déclaré n'avoir eu aucun problème antérieur ou de gêne aux épaules avant l'événement survenu le 8 février 1998. Il n'en a pas eu d'autre non plus après cet accident.

Quel pouvait être l'état des épaules du Docteur U. _____ au moment de la chute à ski survenue le 8 février 1998 ? Il faut relever que le patient n'avait pas encore 30 ans lors de cet événement traumatique.

Il est clair que le processus de vieillissement est hautement individuel et qu'il dépend de beaucoup de facteurs, incluant la génétique, le mode de vie et les processus pathologiques préexistants. Les tendinopathies de sur-utilisation ne sont pas limitées aux athlètes de compétition, mais peuvent également toucher les sportifs récréatifs et de nombreux travailleurs. Les changements associés avec l'augmentation de l'âge résultent en un déclin de la structure et de la fonction des tendons. Les changements dégénératifs des tendons associés avec l'augmentation de l'âge peuvent déjà être détectés aussi tôt que la troisième décennie, quand un déclin progressif devient apparent dans la fonction cellulaire au niveau de beaucoup de tissus (Kannus 2005). Le tendon est soumis à des modifications dégénératives précoces, puisque le collagène et les composants non collagéniques de la matrice des tendons montrent des changements qualitatifs et quantitatifs. Il y a aussi de nombreux changements cellulaires et vasculaires dans le tendon vieillissant. Cependant, chez les adultes, les études n'ont pas trouvé de corrélation claire entre les caractéristiques macroscopiques du tendon, tels que l'épaisseur, la surface, et l'âge (Kannus 2005).

Selon toutes les études il n'y a aucune déchirure dégénérative survenant avant 40 ans.

Prenons maintenant l'hypothèse que les déchirures partielles des tendons sus-épineux et sous-scapulaire à l'épaule gauche du Dr U. _____ n'ont rien à voir avec l'accident et sont survenues depuis.

Selon différentes études citées précédemment, le taux de déchirures asymptomatiques de la coiffe présentes entre 50 ans et 59 ans, est respectivement de 2% (Schibany 2004), de 2.1% (Moosmayer 2009), de 10% (Kim 2009), et de 13% (Tempelhof 1999). **En dessous de 50 ans, il n'y avait aucune déchirure asymptomatique** (Schibany 2004). Un article ancien a montré à l'aide de l'IRM qu'il y avait 28% de déchirures de la coiffe des rotateurs chez des patients âgés entre 40 et 60 ans (Sher 1995). Néanmoins, le nombre de patients était très peu élevé, car il n'y en avait que 25. Sur ces 25 patients, 1 seul avait une déchirure transfixiante (ce qui correspond à 4%) alors que 6 autres avaient une déchirure partielle. Toutes les lésions constatées ne touchaient que le tendon sus-épineux. A l'épaule gauche du Dr U. _____, qui a maintenant 45 ans, les déchirures partielles touchent non seulement le tendon sus-épineux, mais également le tendon sous-scapulaire. Chez le patient, comme

le tendon sous-scapulaire est aussi touché, **la probabilité que la déchirure de la coiffe soit d'origine dégénérative est quasiment exclue.**

La présence d'un ganglion-cyst au niveau de la gouttière bicipitale est une découverte exceptionnelle, car il n'y a que très peu d'articles qui la mentionnent. Sur les 3 cas retrouvés dans la littérature, il y en a un qui est lié à une chute (Cameron 1995), alors que les deux autres cas ont été trouvés chez des patients beaucoup plus âgés (58 et 75 ans).

Pour en terminer avec les diagnostics, j'ai pu mettre en évidence une **lésion du plexus brachial**, touchant les nerfs suprascapulaire et axillaire, chez le Dr U._____. **Cette lésion n'a pas été décrite par le précédent expert.** On peut affirmer qu'il s'agit d'une lésion du plexus brachial et non un syndrome de Parsonage-Turner, car les caractéristiques cliniques et IRM habituellement présentes lors de ce dernier diagnostic ne sont pas présentes. Dans son examen clinique, le Dr Z._____ avait marqué : « La trophicité musculaire des ceintures scapulaires est symétriquement développée ». Ceci est faux ! Dans mon examen clinique j'ai noté : « Amyotrophie surtout de la fosse sus-épineuse et moins de la fosse sous-épineuse gauches. Amyotrophie du deltoïde prédominant au niveau de sa portion moyenne ». Ceci a non seulement été confirmé par l'examen clinique du Dr E._____, chirurgien orthopédiste FMH traitant du patient, mais également par le Dr H._____, neurologue FMH. En plus de l'amyotrophie, j'avais mis en évidence une hypoesthésie et une faiblesse musculaire dans le territoire des nerfs suprascapulaire et axillaire. Ces éléments orientent vers le diagnostic de lésion partielle du plexus brachial à l'épaule gauche du Dr U._____, ce qui a d'ailleurs été confirmé par l'examen neurologique et EMG du Dr H._____.

Même si on ne retrouve pas les stigmates habituels d'une luxation de l'épaule sur la dernière arthro-IRM de l'épaule gauche du Dr U._____, en date du 7 janvier 2014, on peut se poser la question de la présence d'une « triade malheureuse de l'épaule » (Groh 1995, Simonich 2003 & Goubier 2004), vu la lésion du plexus brachial, la déchirure de la coiffe et l'éventuelle luxation associée.

Ceci est plausible vu l'accident subi à ski par le patient. En effet, on retrouve des luxations de l'épaule (Weaver 1987, Kocher 1996 & Hunter 1999), des déchirures de la coiffe des rotateurs (Weaver 1987, Kocher 1996 & Hunter 1999) et des lésions du plexus brachial (Myles 1992 & Levy 2000) lors d'accidents de ski. Effectivement, comme l'a également relevé le précédent expert, le Dr U._____ a eu une impotence fonctionnelle ou pseudo-paralysie suite à l'accident du 8 février 1998. Même si elle n'est pas nécessaire pour affirmer le caractère accidentel d'une déchirure de la coiffe des rotateurs, quand l'impotence fonctionnelle est présente, cela signe la présence d'une lésion traumatique.

Contrairement à ce qu'affirme le précédent expert, le mécanisme accidentel n'est pas une simple chute de sa hauteur. Pour le cas particulier de l'accident qu'a subi le Dr U._____, le 8 février 1998, il faut se demander quelle aurait pu être l'importance du traumatisme. Le Dr U._____ est un assez bon skieur vu qu'il a fait

des compétitions régionales. Selon ce qu'il m'a affirmé, le jour de l'accident, il skiait relativement vite avec des skis de slalom géant, en compagnie d'une équipe de 7 à 8 personnes.

La vitesse moyenne à ski est de 44km/h (Ruedl 2010), et les vitesses extrêmes peuvent atteindre 125km/h (Elmqvist 1994), voire même dépasser 140km/h. Certaines études ont pu montrer la vitesse chez des skieurs d'élite de slalom géant. Celle-ci varie entre 15 à 21 m/s ce qui correspond à 54 à 75 km/h (Supej 2013). Il faut souligner que la force centrifuge développée lors d'un virage à ski dépend de la masse du skieur, de la vitesse et du rayon de courbure du virage (Vaverka 2072). Rappelons également que le Dr U. _____ skiait vite (vitesse qu'il estime entre 50-70km/h) et qu'il pesait lors de l'accident environ 92kg. Les remarques faites par le patient dans la lettre que vous avez adressée à Y. _____ en date du 26 mars 2013, sont tout à fait correctes.

Dans tout accident avec une masse en mouvement l'énergie potentielle n'est qu'une infime fraction de l'énergie cinétique ! L'énergie totale est la somme de l'énergie potentielle (masse x hauteur) et de l'énergie cinétique ($\frac{1}{2} \times$ masse x vitesse au carré).

En assumant un poids de 92kg et une vitesse de 50km/h, nous arrivons à l'équation suivante :

énergie totale = énergie potentielle + énergie cinétique
énergie totale = (92kg x 1.6m) + (0.5 x 92kg x 13.88m/s)
énergie totale = 147.2 Joules + 8'867.8 Joules
énergie totale = 9'014.98 Joules.

L'expert minimise l'énergie de l'impact, car en tenant compte de l'énergie potentielle et de l'énergie cinétique, on peut affirmer qu'il s'agit d'un accident à haute énergie contrairement à ce qui est suggéré. Ainsi, contrairement à ce qu'affirme le Dr Z. _____ à la page 10 de son expertise, l'action vulnérante est tout à fait susceptible de générer une lésion d'une des structures de la coiffe des rotateurs.

Néanmoins, il n'est pas nécessaire d'avoir un traumatisme aussi violent pour provoquer une déchirure de la coiffe. Le plus souvent les traumatismes décrits sont rarement à haute énergie, mais plutôt liés à un traumatisme à basse énergie, même chez les patients jeunes (Hawkins 1999). Habituellement, les patients signalent une chute de leur hauteur avec un choc direct sur l'épaule, un choc indirect avec une chute sur la main ou sur le coude, ou un étirement du bras (Bassett 1983, Packer 1983, Hawkins 1985, Ellman 1986, Bokor 1993, Farin 1995 & Sørensen 2007).

Dans l'expertise du Dr Z. _____, en ce qui concerne l'anamnèse, il est noté que lors de l'accident le bras du patient était positionné « coude au corps ». Ceci est évidemment faux comme le précise le Dr U. _____ dans ses remarques : « Par définition, un mouvement de rattrapage implique une position différente, c'est-à-dire un coude éloigné du corps d'autant plus que la stabilité du skieur dans une technique de slalom géant implique un écartement des membres supérieurs du corps ». Je ne sais pas si le Dr Z. _____ pratique le ski, mais étant skieur moi-même, je ne peux que confirmer cela.

Si on reprend les diagnostics mentionnés dans l'expertise du Dr Z._____, on ne peut que constater qu'ils sont erronés.

Le premier diagnostic est : « Status près de 15 ans après probable contusion de l'épaule gauche (éventuelle contusion sous-acromiale) ». Est-ce qu'une contusion de l'épaule peut continuer à provoquer des douleurs après 15 ans ? Le Dr U._____ a toujours eu des douleurs comme relevé dans son certificat adressé à la Y._____, daté du 13 juin 1999, où il mentionne qu'il a des douleurs récidivantes survenant lors de certaines activités, comme la conduite d'une voiture, des activités sportives, et qui sont météorodépendantes. Il a assuré lui-même son traitement.

En ce qui concerne le diagnostic de contusion sous-acromiale, je tiens à dire ceci. Je n'ai jamais entendu parler de ce diagnostic malgré une certaine expérience en chirurgie de l'épaule vu qu'elle constitue les deux tiers à trois quarts de mon activité professionnelle, depuis 18 ans. Afin d'être sûr de ne pas passer à côté d'une notion qui m'est peut-être inconnue, j'ai recherché ce diagnostic dans PubMed Medline et dans Google Scholar, mais je n'ai trouvé aucun article y faisant référence.

Le deuxième diagnostic est : « Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (et probablement aussi droite) ». Sur quelle base est-ce que le Dr Z._____ s'appuie pour affirmer cela ? Est-ce qu'il a fait une IRM de l'épaule droite dont je n'ai pas connaissance ?

Le troisième diagnostic en relation avec l'épaule gauche du Dr U._____ est : « Arthropathie dégénérative acromio-claviculaire (AC) gauche ». Il y a une prévalence importante d'arthrose acromio-claviculaire chez des patients asymptomatiques (Shaffer 1999 & Shubin Stein 2001). Selon certains, l'arthrose acromio-claviculaire peut être un facteur contribuant au développement d'un conflit sous-acromial, mais elle peut tout aussi bien être isolée (Cadet 2006). Pour d'autres, la position de l'articulation acromio-claviculaire est relativement constante et ne semble pas prédisposer aux déchirures de coiffe (Cuomo 1998). Néanmoins, jusqu'à maintenant, il n'y a pas d'étude prouvant de manière concluante que la compression extrinsèque est le facteur primaire dans la survenue d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs (Mehta 2003).

On peut tout à fait imaginer que, suite au traumatisme subi le 8 février 1998, le patient a eu une entorse acromio-claviculaire de l'épaule gauche, qui par la suite se manifeste par une arthropathie acromio-claviculaire. Celle-ci est probablement légèrement symptomatique actuellement vu qu'à l'examen clinique les signes suivants sont positifs : Cross adduction test et O'Brien test. Le mécanisme le plus fréquent pouvant provoquer une lésion traumatique aiguë occasionnant une entorse acromio-claviculaire est une chute sur l'épaule ou un choc direct sur l'acromion (Ong 2002). Des lésions intra-articulaires post-traumatiques peuvent être retrouvées lors d'entorses acromio-claviculaires, comme des déchirures de la coiffe des rotateurs (sus-épineux &/ou sous-scapulaire) ou des lésions SLAP [superior labrum from anterior to posterior] (Takase 2004, Pauly 2009 & Tischer 2009).

Si on continue de commenter l'appréciation du Dr Z. _____, on voit que d'un côté il admet que l'accident aurait pu provoquer une **lésion anatomique significative** et de l'autre il tend à minimiser en disant que celle-ci est revenue à la normale. Comment évolue une déchirure partielle de la coiffe des rotateurs ? Peu de choses sont publiées dans la littérature sur l'évolution naturelle des déchirures de la coiffe des rotateurs. Malgré certaines études qui ne montrent pas d'évolution de déchirures isolées du tendon sus-épineux après trois ans et demi (Fucetese 2012), d'autres articles montrent une progression de la déchirure de la coiffe. Une étude relativement ancienne sur les déchirures partielles a montré que 10% diminuent en taille avec le temps, 10% disparaissent, mais 80% s'élargissent et progressent pour devenir des déchirures transfixiantes (Yamanaka 1994). D'autres articles parlant des déchirures asymptomatiques montrent qu'elles ont un risque significatif d'augmenter en taille et de voir apparaître des douleurs ainsi qu'une limitation fonctionnelle dans les activités quotidiennes. Lorsque ces déchirures deviennent symptomatiques, cela est lié à une extension de la déchirure (Yamaguchi 2001 & 2006).

Il faut pondérer l'affirmation suivante du Dr Z. _____ : « Cette pathologie n'a donc rien d'exceptionnel chez un patient âgé de 44 ans, touchant le membre dominant, de surcroît chez un sportif ayant beaucoup sollicité ses épaules ». Le Dr U. _____ a fait beaucoup de football et de ski, sports qui ne sollicitent, en dehors d'événements traumatiques, pas particulièrement ou très peu les épaules. En ce qui concerne les autres sports pratiqués, je reviens à ce que j'ai noté plus haut. A l'époque de l'accident, il pratiquait également occasionnellement le tennis (1x/mois), le badminton (3-4x/année) et du bowling. Suite à cet accident, il a essayé de reprendre ces sports, à quelques reprises, mais ce n'était pas possible. Depuis l'accident de 1998, il ne pratique plus que de la marche, du ski de fond et de la raquette à neige, sports qui ne sollicitent pas ou très peu l'épaule gauche.

Plus loin dans son appréciation le Dr Z. _____ note : « L'atteinte paraît un peu plus marquée sur le sous-scapulaire, mais n'épargne finalement aucun des muscles de la coiffe (touchant même le sous-épineux, muscle antagoniste du sous-scapulaire !) ».

Cette remarque appelle plusieurs commentaires.

Tout d'abord, contrairement à ce qui est écrit, **les muscles de la coiffe des rotateurs sont au nombre de quatre** (sus-épineux, sous-épineux, sous-scapulaire et petit rond). Le Dr Z. _____ dit que l'atteinte n'épargne aucun des muscles de la coiffe des rotateurs, mais il n'en cite que trois.

Ensuite, le Dr Z. _____ parle de muscles antagonistes. Effectivement, le sous-scapulaire est un rotateur interne et le sous-épineux un rotateur externe. Néanmoins, cette remarque montre que **la biomécanique de l'événement accidentel n'a pas été comprise**. Il ne s'agit pas d'un accident où un muscle a essayé de retenir l'action de l'autre. Il s'agit d'une chute à ski avec une action vulnérante à haute énergie. Je rappellerai que au niveau de la coiffe des rotateurs, la notion de muscles antagonistes est un concept archaïque. Dans un Cahier d'enseignement de la SOFCOT [Société

française de chirurgie orthopédique et traumatique], datant de 2011, consacré aux ruptures de la coiffe des rotateurs, un chapitre est consacré à l'anatomie et biomécanique de la coiffe des rotateurs (Duparc 2011). On peut y lire que : « Le terme « synergie » est le maître mot de la biomécanique de la coiffe des rotateurs. La coiffe des rotateurs de l'épaule constitue un manchon tendineux qui entoure la capsule scapulo-humérale en lui adhérant en grande partie, sauf à sa face inférieure. Les tendons de quatre muscles scapulo-huméraux forment ce manchon d'avant en arrière : muscles subscapulaire, supra-épineux, infra-épineux et petit rond. La biomécanique de la coiffe des rotateurs est en rapport avec son rôle de centrage actif de la tête humérale par rapport à la cavité glénoïdale ». De par le nombre de tendons constituant la coiffe des rotateurs, les ruptures aiguës peuvent prendre des aspects extrêmement variables, et à la différence des autres ruptures tendineuses ou ligamentaires de l'organisme, il n'existe pas de signe clinique pathognomonique d'une rupture aiguë de la coiffe des rotateurs (Walch 1996).

En ce qui concerne l'appréciation du Dr E._____, citée dans la lettre que vous avez adressée à Y._____, le 26 mars 2013, je trouve que ses remarques sont tout à fait censées et adéquates. Le seul point qui n'est pas vérifiable, comme je l'ai mentionné plus haut, est la notion de luxation de l'épaule chez le Dr U._____, en l'absence de séquelles sur l'arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 7 janvier 2014.

Pour conclure la discussion, la causalité naturelle entre la lésion du plexus brachial à l'épaule gauche et l'accident du 8 février 1998 est clairement retenue. Donc, si l'action vulnérante liée à la chute à ski est suffisante pour entraîner une lésion du plexus brachial, elle est tout à fait susceptible de provoquer une déchirure de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-scapulaire), ainsi qu'une entorse acromio-claviculaire (avec arthropathie subséquente), et finalement un ganglion-cyst de la gouttière bicipitale ».

Dans sa réponse du 8 septembre 2014, l'intimée propose le rejet du recours et la confirmation de sa décision sur opposition. Elle estime avoir procédé aux mesures d'instruction nécessaires et explique avoir rendu sa décision sans attendre le rapport du C._____ dès lors qu'au vu du temps écoulé et sans nouvelles de la part du recourant elle pouvait légitimement penser qu'il avait renoncé à ce moyen de preuve. S'agissant du Dr C._____, il se contente d'exprimer un avis divergent, lequel ne convainc pas. Selon l'intimée, il n'est pas pertinent de soutenir que le recourant n'a jamais récupéré une épaule asymptomatique car cela reviendrait à tenir un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc ». Elle relève encore le fait que le recourant n'a entrepris aucun traitement au cours des quinze dernières années.

Le 3 novembre 2014, le recourant critique les arguments présentés par l'intimée et confirme ses conclusions.

Le 27 novembre 2014, l'intimée maintient sa position.

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).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation

judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge des suites de l'événement du 8 février 1998 au-delà du 8 avril 1998, en particulier si les atteintes à l'épaule gauche de l'assuré sont en lien de causalité avec ledit événement.

3. Sur le plan formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'intimée a statué sans attendre le rapport d'expertise privée.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références; cf. TF 9C_699/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). La jurisprudence a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9; cf. TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les références citées). Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour

autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références).

b) En l'occurrence, le recourant a clairement signifié à Y._____ qu'il entendait se soumettre à une expertise privée avant de se déterminer sur le projet de décision du 11 janvier 2013. Il a demandé à réitérées reprises une prolongation de délai dans ce sens (cf. courrier des 31 janvier, 8 et 15 février 2013). L'intimée n'a toutefois pas attendu avant de rendre sa décision formelle du 28 février 2013. Dans le cadre de son opposition, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. L'intimée, par courrier du 26 juin 2013, a refusé de procéder à une telle mesure d'instruction mais a informé le recourant que s'il entendait confier un mandat d'expertise privée, elle suspendrait la procédure dans l'attente du rapport d'évaluation. Le 15 juillet 2013, le recourant a indiqué à Y._____ avoir mandaté le Dr C._____ et que le rapport ne serait toutefois pas produit avant un délai de six mois. Constatant qu'aucun rapport ne lui avait été soumis jusqu'alors, l'intimée a notifié sa décision sur opposition le 15 avril 2014.

Informée à plusieurs reprises d'une éventuelle expertise privée puis d'un mandat confié au Dr C._____ avec mention d'une d'attente de six mois pour la production du rapport, l'intimée aurait pu interpeller le recourant une dernière fois à ce sujet en lui impartissant un ultime délai avant de rendre sa décision sur opposition; ce d'autant plus qu'elle avait indiqué suspendre la procédure dans l'attente dudit rapport. Dans ces circonstances, on peut constater que l'intimée s'est montrée extrêmement formaliste. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si elle n'a pas respecté le droit d'être entendu du recourant peut rester ouverte compte tenu des considérants qui suivent. Par ailleurs, si la violation du droit d'être entendu avait été admise, elle aurait été guérie dans la mesure où l'intéressé a pu produire le rapport de l'expertise privée dans le cadre de la présente

procédure, la Cour de céans disposant d'un plein pouvoir d'examen pour trancher la question litigieuse.

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

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

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202), qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;

- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;
- h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a; 116 V 145 consid. 2b).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b; 116 V 145 consid. 2c; 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement

répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_357/2007 précité consid. 3.2).

c) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de

contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant du médecin traitant de l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte de la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 et les références). Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'assureur-accidents (ATF 125 V 351).

En définitive, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de cet ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

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

lesquelles n'ont jamais guéri depuis l'accident et sont dès lors toujours en lien de causalité avec celui-ci. Les deux expertises sont ainsi contradictoires. Elles retiennent en particulier des diagnostics différents sur lesquels se fondent les deux experts pour poser leurs conclusions quant au lien de causalité existant entre ceux-ci et l'accident du 8 février 1998.

b) L'expert mandaté par l'intimée, le Dr Z._____, retient en substance que « compte tenu du scénario déployé par la suite [de l'accident] », le recourant souffre d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, laquelle a peut-être été décompensée par une possible contusion lors de l'accident du 8 février 1998. Pour arriver à cette constatation, il se fonde ainsi essentiellement sur l'anamnèse qu'il retient dans son expertise, en l'occurrence sur le fait que le recourant aurait récupéré rapidement une fonction usuelle de l'épaule, qu'il aurait poursuivi certaines de ses activités sportives contraignantes pour l'épaule, à savoir le tennis, le bowling et le ski nordique, et qu'il n'aurait pas suivi de traitement soutenu à la suite de l'accident.

Or, l'anamnèse retenue par le Dr Z._____ est contestée par le recourant ainsi que par le Dr E._____, son médecin traitant, et l'expert C._____ qu'il a mandaté. Par ailleurs, bien qu'il n'existe plus de document radiologique de l'époque de l'accident, le Dr W._____ a informé l'intimée dans son courrier du 22 mai 2012 qu'il était question d'une lésion aiguë et non d'une lésion sportive récidivante lorsqu'il a été consulté par l'intéressé dans les jours qui ont suivi l'accident du 8 février 1998. Quant à la récupération de la fonction de l'épaule gauche on peut douter que tel soit ou ait été le cas, le recourant ayant encore informé M._____ le 13 juin 1999 souffrir de douleurs récidivantes. D'autre part, les Drs C._____ et E._____ ont tous deux remarqué lors de l'examen clinique que l'amplitude était limitée au niveau de cette épaule en comparaison avec l'épaule droite. S'il est vrai que le recourant n'a jamais présenté d'incapacité de travail, le Dr Z._____ n'apporte toutefois aucun élément convaincant permettant d'admettre que le recourant a récupéré

la fonction usuelle, en d'autres termes complète, de son épaule gauche. Enfin, l'argument selon lequel le recourant n'aurait pas suivi de traitement soutenu à la suite de son accident est peu concluant dans la mesure où ce dernier est lui-même médecin et suit un auto-traitement depuis l'accident par la prise d'anti-douleurs, d'anti-inflammatoires et par des séances de physiothérapie (cf. courrier du 13 juin 1999 à M. _____). S'il ne s'agit pas d'un traitement chirurgical, dont l'indication n'a été clairement posée qu'à l'occasion de l'expertise du Dr C. _____, on peut en l'espèce considérer que le recourant a suivi le traitement conservateur suggéré pour ce type d'atteinte (cf. expertise du Dr C. _____, p. 35), ayant choisi à l'époque de se concentrer sur sa profession de médecin, laquelle n'était que peu perturbée par ses troubles.

Par ailleurs, bien que le Dr Z. _____ ait exigé un bilan radiologique standard à l'occasion de son évaluation, il n'en tire pratiquement aucun élément dans son rapport d'expertise. En outre, s'il note au cours de l'examen clinique que l'amplitude active des épaules en abduction ainsi que la force de préhension du recourant sont nettement diminuées à gauche, il s'abstient toutefois d'apprécier ces observations par la suite. Il commente par ailleurs l'IRM du 21 février 2012 du Dr N. _____ de manière lacunaire comme le remarquent à juste titre les Drs C. _____ et E. _____. Surtout, il semble ignorer, au contraire de ses confrères précités, les signes parlant en faveur d'une rupture partielle du tendon du sous-scapulaire relevés par le radiologue susnommé. Au vu de ces éléments, on peut douter que le Dr Z. _____ ait tenu compte des particularités du cas d'espèce. Il motive pourtant essentiellement ses conclusions sur des aspects de l'anamnèse qui ont été infirmés de manière convaincante et ne tient pas compte d'éléments objectivement vérifiables cliniques et radiologiques.

c) En revanche, dans son rapport d'expertise du 5 mai 2014, le Dr C. _____ retient tout d'abord le diagnostic de lésion partielle post-traumatique du plexus brachial touchant les nerfs axillaire et suprascapulaire. Le Dr C. _____ a pu constater cette lésion en se fondant sur un examen clinique du recourant, au cours duquel il a remarqué une

amyotrophie surtout de la fosse sus-épineuse et moins de la fosse sous-épineuse gauches, ainsi qu'une hypoesthésie et une faiblesse musculaire dans le territoire des nerfs suprascapulaire et axillaire. Ces éléments cliniques sont confirmés d'une part par l'examen clinique du Dr E. _____ (cf. rapport du 23 mars 2013) mais également par l'examen neurologique et l'EMG pratiqués le 9 janvier 2014 par le Dr H. _____. Le Dr C. _____ constate de manière convaincante que la lésion du plexus brachial ne peut être que d'origine traumatique.

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

traumatique. Dans son rapport d'expertise, il exclut de plus l'origine dégénérative d'une telle atteinte, en examinant tout d'abord l'hypothèse selon laquelle le recourant présentait déjà une déchirure de la coiffe des rotateurs avant l'accident du 8 février 1998; sur ce point, il a observé que selon toutes les études, il n'y avait aucune déchirure dégénérative survenant avant 40 ans. Le Dr C. _____ a ensuite envisagé l'hypothèse que la déchirure n'avait rien à voir avec l'accident et était survenue postérieurement; toutefois, sur la base des études qu'il cite, il parvient à la conclusion que la probabilité que la déchirure soit d'origine dégénérative est quasiment exclue dès lors que dans le cas d'espèce, le patient n'a pas 50 ans et que le tendon sous-scapulaire est également touché. On constate donc que le Dr C. _____ a questionné de manière approfondie les éléments permettant d'admettre ou d'exclure que les atteintes dont souffre le recourant seraient liées à un trouble dégénératif.

d) Pour sa part, le Dr Z. _____ semble avoir procédé à une analyse relativement générale, en prenant peu en considération les circonstances du cas concret. Il n'a pas tenu compte du rôle de la vitesse lors de la chute, aspect pourtant évidemment pertinent dans l'examen des conséquences potentielles d'un accident de ski, a fortiori sachant que le recourant était un skieur chevronné, habitué aux descentes rapides. Le Dr Z. _____ pose par ailleurs ses conclusions de manière ambiguë, dès lors qu'il n'exclut pas la possibilité d'une lésion des structures de la coiffe des rotateurs d'origine accidentelle, mais reste vague sur les conclusions qu'il faudrait en tirer, dans cette hypothèse, en ce qui concerne une évolution vers un statu quo sine. Ses conclusions sur ce point résultent en effet exclusivement de son analyse relative à l'hypothèse, plus probable selon lui, d'une simple contusion sous-acromiale. Le Dr Z. _____ est également ambigu lorsqu'il admet que l'impotence fonctionnelle qu'a présentée l'épaule après l'accident peut rendre compte d'une lésion anatomique significative, tout en ajoutant qu'elle n'exclut pas à elle seule une simple contusion, a fortiori une contusion sur des tissus préalablement fragilisés. C'est le lieu de rappeler qu'une lésion tendineuse est assimilée à un accident dès lors que son origine exclusivement dégénérative n'est pas manifeste, ce qui ne paraît précisément pas le cas au regard des

explications du Dr Z._____. Ce dernier poursuit ensuite selon le même type de raisonnement, en exposant que l'évolution peut « à la rigueur » corroborer une lésion tendineuse aiguë mineure, scénario qui n'exclut pas le retour à un status fonctionnel usuel à court ou à moyen terme. Qu'un tel retour ne soit pas exclu ne permet pas de constater qu'il soit établi.

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

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

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

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

L'argumentation du Dr C._____ ne suffit pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'origine accidentelle du ganglion-cyst et de l'arthropathie acromio-claviculaire. S'agissant de la première atteinte, le Dr C._____ ne fonde ses constatations que sur la littérature médicale, qui ne mentionne que trois cas, dont un seul d'origine traumatique. Cela permet tout au plus de considérer l'accident du 8 février 1998 comme une cause possible du ganglion-cyst. Par ailleurs, le fait d'imaginer que le recourant a subi une entorse acromio-claviculaire de

l'épaule gauche lors de l'accident ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance exigé, un lien de causalité avec l'arthropathie acromio-claviculaire actuelle.

Il s'ensuit que l'intimée n'est pas tenue de prendre en charge le traitement du ganglion-cyst et de l'arthropathie acromio-claviculaire dont souffre le recourant, ainsi que les suites de ce traitement.

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

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

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

en charge le traitement de la lésion du plexus brachial et de la coiffe des rotateurs constatées par le Dr C._____ et qu'elle statue sur les éventuelles prestations en espèces à allouer ; elle prendra également en charge les frais d'expertise privée après vérification de la facture du Dr C._____.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de mettre à la charge de Y._____ et d'arrêter à 2'500 fr., auxquels s'ajouteront les frais d'expertise, sur le montant desquels l'intimée statuera après vérification de la facture.

**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 rendue le 15 avril 2014 par Y._____ est annulée et la cause est renvoyée à cette caisse pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** Y._____ versera à U._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens, auxquels s'ajouteront les frais d'expertise selon nouvelle décision de l'intimée.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour U. _____),
- Me Didier Elsig (pour Y. _____),
- 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 :