

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et Mme Berberat
Greffière : Mme Rossi

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Stephen Gintzburger,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Dans une déclaration d'accident LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) du 18 juin 2004, complétée le 10 août 2004, L. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1980, travaillant alors dans l'hôtellerie, a mentionné qu'alors qu'il courait pour prendre son train à la gare de Genève vers 23 heures le 16 juin 2004, il avait glissé et était tombé sur une barrière en fer, ce qui avait provoqué le déboîtement de son épaule. Le cas a été pris en charge par M. _____ Assurances SA.

Dans un rapport du 15 juillet 2004, le Dr E. _____, médecin assistant auprès du Centre d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier R. _____, mentionnait un faux mouvement de l'épaule gauche ayant entraîné une luxation de l'épaule avec réduction spontanée par le patient. Le bilan radiologique ne mettait en évidence aucune atteinte ostéoarticulaire.

B. L'assuré a été ensuite ouvrier de production, employé d' [...] en mission pour [...] SA, entreprise filiale du groupe [...] spécialisée dans la production d'articles de boulangerie. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Il résulte d'une déclaration d'accident du 12 février 2007 que le 7 février 2007 à 23 heures 30, alors qu'il descendait les escaliers, l'assuré a glissé et est tombé sur son épaule, qui a été luxée. Un certificat d'arrêt de travail du 8 au 15 février 2007 a été établi. Cet arrêt de travail a d'abord été prolongé jusqu'au 29 [recte : 28] février 2007, puis jusqu'au 8 mars 2007.

Dans un rapport du 28 mars 2007, le Dr G. _____, médecin assistant auprès du Centre d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier R. _____, a indiqué que l'assuré avait décrit une chute dans

les escaliers, se terminant sur une barrière. Selon ses dires, « son épaule est sortie (3^{ème} épisode) [...] et s'est remise en place toute seule ». Il indiquait qu'il n'y avait pas de douleur à la palpation et qu'une évaluation de la coiffe des rotateurs était difficile à effectuer en raison de l'appréhension du patient. Le bilan radiologique ne montrait aucune fracture visible ni luxation. Le diagnostic d'une luxation récidivante de l'épaule gauche était posé, le traitement consistant en un port d'une écharpe à titre antalgique, ainsi qu'en une médication antalgique et anti-inflammatoire. Le Dr G._____ avait dès lors informé l'assuré, si l'évolution se montrait défavorable, de l'importance d'une consultation spécialisée par un chirurgien spécialiste de l'épaule. Pour le Dr G._____, une reprise du travail était envisageable à partir du 15 février 2007. Un nouveau certificat d'arrêt de travail a prolongé celui existant du 8 mars au 25 avril 2007 à 100%, puis à 50% à partir du 26 avril jusqu'au 30 avril 2007.

Dans une déclaration du 11 mai 2007, l'assuré a exposé à l'inspecteur de la CNA que les troubles au niveau de son épaule remontaient à 2004, lorsqu'il travaillait à l'Hôtel [...], à Genève. A l'époque, alors qu'il courait dans le hall de la gare de Genève, il avait glissé sur le sol mouillé, était tombé sur son bras gauche et s'était luxé l'épaule. Suivi par le Centre hospitalier R._____, il a indiqué avoir dû arrêter de travailler pendant deux ou trois mois et suivre un traitement de physiothérapie. Toujours selon l'assuré, il n'avait pas été question d'une opération. Depuis, son épaule était toujours restée plus faible et il ne pouvait plus porter sa main gauche au-dessus de sa tête, ce qui avait entraîné son licenciement par son employeur deux mois plus tard et son inscription au chômage. Depuis lors, il a expliqué avoir toujours ménagé son épaule en prenant garde lors de tous ses mouvements, afin d'éviter une nouvelle luxation jusqu'en été 2006, où, alors qu'il nageait sur le ventre dans une piscine, son épaule gauche avait commencé à se luxer et il avait été aidé pour sortir de l'eau. Ayant pu remettre lui-même en place cette articulation, il a déclaré ne pas avoir consulté de médecin.

Dans un rapport reçu par la CNA le 7 juin 2007, le Dr S._____, médecin auprès de l'Hôpital orthopédique du Centre hospitalier R._____, a indiqué que l'assuré avait présenté, outre la chute du 8 [recte : 7] février 2007 un autre épisode de subluxation le 26 mai 2007 au cours d'une position d'abduction-rotation externe sur le dossier d'une chaise. Il exposait que le patient montrait une insécurité au niveau de l'épaule gauche et une sensation d'instabilité. Il a posé le diagnostic d'instabilité chronique gauche post-traumatique. Il décrivait un patient présentant une instabilité chronique gléno-humérale gauche hautement symptomatique avec répercussion sur sa vie professionnelle et sportive. Le test d'appréhension se révélait fortement positif. Il indiquait des incapacités de travail de 100% dès le 8 février 2007, de 50% dès le 30 avril 2007, puis de 100% dès le 1^{er} juin 2007, en tant que mécanicien sur autos.

Le 9 juillet 2007 a eu lieu une arthroscopie de l'épaule gauche avec stabilisation antérieure par arthrotomie (chirurgie ouverte) pour réparation capsulo-ligamentaire à la suite d'une instabilité antérieure gléno-humérale gauche, effectuée par les Drs S._____ et W._____ de l'Hôpital orthopédique du Centre hospitalier R._____.

Dans un rapport du 10 janvier 2008, le Dr N._____, médecin assistant senior auprès de l'Hôpital orthopédique du Centre hospitalier R._____, a mentionné que l'évolution était objectivement et subjectivement favorable, le travail étant repris à 100% le 12 décembre 2007, puis arrêté à 100% dès le 13 décembre 2007, et pouvant être repris dès le 7 janvier 2008 dans un poste adapté sans port de charges de plus de 5 kg.

Dans un rapport du 28 mars 2008, ce praticien a posé le diagnostic de capsulite rétractile post stabilisation antérieure gléno-humérale gauche le 9 juillet 2007. Il a précisé que l'évolution lors du dernier contrôle du 26 février 2008 était défavorable, avec des douleurs qui étaient devenues nocturnes et une diminution de la mobilité de l'épaule gauche, l'assuré développant une capsulite rétractile en pleine

phase inflammatoire. Il a mentionné un arrêt de travail complet dès le 31 janvier 2008.

Le 10 juin 2008, le Dr N._____, désormais chef de clinique auprès de l'Hôpital orthopédique du Centre hospitalier R._____, a indiqué que l'évolution était favorable, tant objectivement que subjectivement. Le traitement consistait en une mobilisation douce de l'épaule gauche. L'assuré était en arrêt de travail à 100% depuis le 31 janvier 2008 et le prochain contrôle devait avoir lieu le 26 août 2008.

L'assuré a effectué un stage aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI) comme mesure d'intervention précoce du 23 juin au 20 juillet 2008. La synthèse du rapport d'observation du 23 juillet 2008 a la teneur suivante :

« SYNTHÈSE

Le rapport d'observation professionnelle ci-joint, permet de constater que l'assuré possède les capacités et les compétences pour réintégrer le monde économique ordinaire dans les domaines suivants :

Ouvrier dans l'assemblage de pièces légères non fines
Ouvrier dans le magasinage de pièces légères
Conducteur de machines CNC pièces légères
Ouvrier polyvalent sur chaîne de production

Toutefois, le niveau d'engagement de l'assuré n'est actuellement pas compatible avec une reprise d'activité professionnelle.

Le manque d'engagement observé durant la mesure ainsi que les jours d'absences non motivées, sans aucun contact de sa part, entravent sérieusement une réadaptation professionnelle ».

S'agissant des capacités physiques de l'assuré, ce rapport mentionnait notamment ce qui suit :

« Commentaires :

- Toutes les positions assises et debout conviennent pour le travail.
- L'assuré n'a pas de limitation physique autre que celle qui engendre l'utilisation excessive du membre supérieur gauche en dessus de l'épaule, sur l'arrière du corps, ainsi qu'en contre-résistance de manière répétée.

- Le port et le déplacement de charges sont limités, mais seraient occasionnellement possibles sur une courte distance, jusqu'à 5 kg avec le bras gauche tendu le long du corps et jusqu'à 15 kg avec les deux bras (la charge en appui contre le torse).
- Dans les activités adaptées, nous n'avons pas observé de signe d'inconfort ».

Dans un rapport du 29 juillet 2008, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA Lausanne, a indiqué notamment ce qui suit :

« **DIAGNOSTIC :**

Etat après cure chirurgicale ouverte pour luxation récidivante de l'épaule gauche (4 épisodes). Evolution caractérisée par une limitation de la mobilité, actuellement pratiquement résolue.

EN RESUME :

Nous nous trouvons, chez notre assuré, à environ 1¹/₂ ans d'un 4^{ème} épisode de luxation de l'épaule gauche qui a été traitée par arthroscopie et stabilisation ouverte le 09.07.2007.

Evolution vers une épaule gelée qui a bien réagi au traitement physiothérapique pour en arriver aujourd'hui à une mobilité pratiquement complète.

Les plaintes subjectives sont décrites plus haut.

Objectivement, grosse amyotrophie résiduelle surtout dans le territoire du deltoïde, légère restriction de la rotation externe tant bras au corps qu'en abduction. Les positions extrêmes déclenchent des douleurs localisées dans la partie postérieure de l'épaule, sans appréhension.

Le patient signale également une hyper-sensibilité de la gouttière cubitale au coude avec une ébauche de Tinel. Il n'y a pas d'amyotrophie du bras.

Du point de vue du traitement ultérieur, une médication antalgique anti-inflammatoire sera encore prise en charge.

J'estime également indispensable un traitement physiothérapique pour essayer de renforcer la musculature de l'épaule gauche.

Dans l'état actuel des choses, tout travail réalisé sans effort particulier des MS, en particulier de la gauche, sans geste de force en-dessus de l'horizontale et sans port de charges au-delà de 10 kg est exigible immédiatement sans limitation de temps ni de rendement.

Etant donné ses antécédents, une activité de petite mécanique pourrait être favorablement proposée.

Le terrain sous-jacent n'est pas particulièrement favorable, le patient signalant des épisodes dépressifs d'une durée d'environ 3 semaines par année et soignés par son médecin-traitant. De plus, il se trouve actuellement en instance de séparation ».

Le 30 juillet 2008, la CNA a informé l'assuré que, d'après le résultat de l'examen médical par le Dr T._____, il était maintenant capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à son état de santé, à savoir sans effort particulier des membres supérieurs, en particulier à gauche, sans geste de force en dessus de l'horizontale et sans port de charge au-delà de 10 kg. Elle mettait dès lors un terme au versement de l'indemnité journalière au 3 août 2008 au soir et indiquait en outre à l'assuré qu'elle prendrait encore en charge une médication antalgique anti-inflammatoire, ainsi qu'un traitement de physiothérapie pour essayer de renforcer la musculature à l'épaule gauche.

Le 2 octobre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente limitée dans le temps du 9 juillet au 31 octobre 2008, afin de tenir compte d'une durée de trois mois ensuite de l'amélioration de l'état de santé dès le 1^{er} août 2008 pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

Depuis le 09.07.2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est restreinte.

- Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez travaillé dans différents emplois temporaires en tant que magasinier, peintre en bâtiments, agent de sécurité, aide-boulangier entre autres et vous avez également bénéficié du chômage.
- Les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence une capacité de travail de 100 % à partir du 1^{er} août 2008 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que : pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas de travaux avec les membres supérieurs au[-] dessus de l'horizontale.
- Tel est le cas dans des activités industrielles légères.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère

alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.60 % + 2.07 % ; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61389.47 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'250.52.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 61'389.00 doit être comparé au revenu invalide ci-dessus.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	61'389.47		
avec invalidité	CHF	<u>55'250.50</u>		
La perte de gain s'élève à	CHF	6'138.95	=	un degré
d'invalidité de 10 %.				

- Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvre plus le droit à une rente.

Notre décision est par conséquent la suivante :

- Du 09.07.2008 au 31.10.2008 (après trois mois d'amélioration), le droit à une rente est reconnu ».

Par décision du 18 décembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 octobre 2008 pour les motifs invoqués dans son projet de décision du 2 octobre 2008.

Par décision du 28 janvier 2010, la CNA a alloué à l'assuré, à partir du 1^{er} août 2008, une rente d'invalidité fondée sur une perte de gain de 10%. Retenant un gain annuel assuré de 38'817 fr., ses prestations étaient les suivantes :

« Du	Au	Incapacité de gain %	Rente mensuelle CHF	All. de rench. CHF	Total par mois CHF
01.08.2008	31.12.2008	10.00	258.80		258.80
01.01.2009		10.00	258.80	7.50	266.30 ».

La CNA mentionnait en outre notamment ce qui suit :

« Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que vous êtes à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à la condition que vous ne deviez pas porter des charges supérieures à 10 kg, ni exécuter des travaux au-dessus de l'horizontale. Une telle activité est exigible durant toute la journée et vous permettrait de réaliser un salaire mensuel de l'ordre de CHF 3'600.-. Comparé au gain de CHF 4'000.- réalisable sans l'accident, il en résulte une perte de 10%. Nous allouons donc une rente d'invalidité conforme à ce taux ».

C. Il résulte d'une déclaration d'accident adressée le 19 mai 2010 à la CNA, établie par le nouvel employeur de l'assuré, la société [...], que le matin du 6 mai 2010, l'assuré, aide-monteur dans cette entreprise, alors qu'il était sur un escabeau et tenait une planche, a glissé et celle-ci lui est tombée dessus. Il était en outre mentionné que les parties du corps touchées étaient les dents, le genou droit et l'épaule gauche.

Dans un rapport médical intermédiaire du 4 août 2010 concernant la consultation du 13 juillet 2010, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic d'instabilité antérieure de l'épaule gauche sur status post instabilité antérieure, status post stabilisation en juillet 2007 et status post capsulite rétractile. Il a souligné

que l'évolution était très lente, subjectivement et objectivement. A la question « Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? Dans l'affirmative, lesquelles ? », il a répondu par l'affirmative et a indiqué « Les lourds antécédents de l'épaule ». La thérapie consistait en une physiothérapie spécialisée et la durée probable du traitement était difficile à fixer. Une instabilité chronique et une omarthrose étaient à craindre comme dommages permanents.

Le rapport établi le 6 août 2010 par les Drs Q._____ et D._____, médecins auprès du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier R._____, décrivait une prise en charge pour les premiers soins le 6 mai 2010 et indiquait que l'assuré avait déclaré avoir fait une chute sur un chantier après avoir reçu une poutre sur le visage, entraînant le délogement de la dent 11 et une réception sur le genou droit et l'épaule gauche. L'état général était qualifié de bon. Ces praticiens ont posé les diagnostics de contusion de l'épaule gauche, de contusion rotulienne droite et de délogement de la dent 11. Les constatations radiologiques ne montraient pas de fracture. La thérapie était constituée d'antalgiques, d'un traitement dentaire, de physiothérapie de mobilisation et d'antalgie de l'épaule. Une incapacité de travail était certifiée à 100% dès le 6 mai 2010, une reprise était prévue pour le 7 juin 2010 et le traitement s'était terminé le 28 mai 2010.

Dans un rapport du 26 août 2010, le Dr P._____, médecin auprès du [...], consulté le 22 juin 2010, a posé les diagnostics de capsulite à l'épaule gauche et de déchirure de la coiffe des rotateurs. Il a prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après : AINS), de la physiothérapie et des antalgiques. Il a estimé l'incapacité de travail totale du 15 juin au 30 septembre 2010. Le 16 septembre 2010, le Dr P._____ a prolongé l'incapacité de travail au 15 octobre 2010.

Selon le rapport du 7 septembre 2010 de la Dresse X._____, médecin assistante auprès de la Permanence de C._____, l'assuré a subi, le 14 juin 2010, une entorse de l'articulation interphalangienne

proximale de l'index de la main gauche à la suite d'une glissade. Il l'a réduite lui-même et s'est adressé le lendemain à cette permanence, où une attelle synthétique lui a été prescrite pour une durée de trois semaines.

Le 21 septembre 2010, B._____, psychologue et psychothérapeute, a indiqué avoir traité l'assuré à la suite de son accident du 7 février 2007, l'intéressé ayant abandonné son suivi fin mai 2007 et ayant repris rendez-vous le 3 mai 2010. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Comme facteur étranger à l'accident, il a mentionné un conflit de couple. Il a précisé que l'assuré était également suivi par le Dr H._____, qui avait constaté une dégradation de son état de santé physique.

L'assuré a été examiné le 28 octobre 2010 par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA Lausanne. Il résulte de son rapport notamment ce qui suit :

« ANTECEDENTS D'APRES LES ACTES DU DOSSIER :

Quatre épisodes de luxation de l'épaule G ayant finalement été traités en juillet 2007 par arthroscopie et stabilisation ouverte.

Evolution post-opératoire avec capsulite rétractile dont l'évolution a finalement abouti à la récupération d'une mobilité pratiquement complète de cette épaule G.

Une exigibilité de 100% avait alors été déterminée, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 10 kg avec le MSG et pas de travaux avec le MSG au-dessus du niveau de l'épaule.

Une rente de 10% avait également alors été allouée.

Le 06.05.2010, chute sur un chantier après avoir reçu une poutre sur le visage. Réception sur le genou D et l'épaule G. Le patient s'est rendu en consultation au Centre hospitalier R._____. Les diagnostics de délogement de la D 11, de contusion rotulienne D et de contusion de l'épaule G ont été posés.

En ce qui concerne les dents, le patient a été vu dans le service de stomatologie de la [...]. Un suivi a été décrété nécessaire. Pour le reste, le patient a été suivi par le Dr P._____ et il a vu, en consultation, le Dr H._____, chirurgien-orthopédiste, en date du 13.07.2010.

Un téléphone avec le Dr H. _____ le 16.09.2010 nous apprend que notre confrère avait mis en évidence une instabilité de l'épaule G, et qu'il aurait dû revoir le patient en consultation en août 2010, mais que le patient ne s'est pas présenté à cette consultation, sans s'en excuser.

Dans son dernier rapport du 26.08.2010, le Dr P. _____ écrit que le patient a des douleurs à la mobilisation de l'épaule G et pose le diagnostic de capsulite de l'épaule G et déchirure de la coiffe des rotateurs sans renseignement supplémentaire. Nous ne savons, en particulier, quels examens complémentaires ont été effectués. Il semble que le Dr P. _____ ait prescrit un traitement d'AINS, d'antalgiques et de physiothérapie.

[...]

RADIOGRAPHIES :

Au PACS se trouve le bilan radiologique effectué le 06.05.2010, date de l'accident. Ce bilan radiologique est constitué par un orthopantomogramme que je ne sais pas interpréter. Il existe en outre des radios du genou D F/P qui ne mettent pas en évidence de lésion traumatique et des radiographies de l'épaule G face, axiale et Neer, sans lésion traumatique fraîche, avec 3 ancras à la partie inférieure de la glène.

APPRECIATION DU CAS :

Nous nous trouvons à pratiquement 6 mois d'une chute ayant entraîné une contusion rotulienne D, une contusion de l'épaule G et un délogement de la 11^{ème} dent.

Le patient est toujours en traitement dentaire.

Il ne se plaint aucunement de son genou D et présente des plaintes au niveau de son épaule G pratiquement similaires à celles qu'il avait avant l'accident de mai dernier si ce n'est que l'intensité des douleurs est plus importante et que l'épaule G est plus sensible aux températures basses qu'avant.

A l'examen clinique, je n'ai pas fait d'examen dentaire. Je n'ai mis aucune pathologie ostéoarticulaire particulière en évidence en-dehors de l'épaule G qui est légèrement abaissée par rapport à l'épaule D avec atrophie du deltoïde, légère diminution des amplitudes articulaires et de la force de cette articulation. A noter que les bras et les avant-bras ont un Ø similaire, même si la force de préhension et le key-pinch sont diminués à G.

Du point de vue somatique, le statu quo sine est largement atteint et le patient a actuellement une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 10 kg avec le MSG et pas de travail avec le MSG au-dessus du niveau de l'épaule. Cette capacité de travail et ses limitations fonctionnelles correspondent donc à celles existant depuis l'accident de 2007.

Le patient se dit très dépressif et déclare souffrir de dépression depuis son accident de 2007 et en relation avec cet accident de 2007 [...]. Selon le patient, l'accident de 2007 aurait entraîné de graves problèmes psychologiques ayant entraîné de graves problèmes de couple, problèmes de couple qui aboutissent à un très prochain divorce ».

Par décision du 3 novembre 2010, la CNA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière, ainsi qu'aux frais de traitement, au 7 novembre 2010 au soir, ses prestations en espèces se limitant dès lors à la rente précédemment octroyée. Elle ajoutait continuer toutefois à prendre en charge le traitement dentaire consécutif à l'accident du 6 mai 2010. Elle a en substance considéré, en se fondant sur l'appréciation du Dr F._____, que l'évolution de la guérison ne justifiait plus la poursuite d'un traitement et autorisait la reprise d'une activité professionnelle à 100 % dans le cadre de la rente allouée pour les suites de l'accident du 7 février 2007.

Par décision du 30 décembre 2010, la CNA a rejeté l'opposition formée le 2 décembre 2010 par l'assuré. Elle a notamment considéré ce qui suit :

« 5.

En l'occurrence, le litige à trancher est de nature essentiellement médicale.

Se fondant sur l'ensemble des dossiers constitués et ses propres constatations cliniques du 28 octobre 2010, le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la Suva Lausanne, a retenu que l'état de l'épaule gauche de l'opposant est identique à celui présenté avant la survenance de l'accident du 6 mai 2010, et qu'en conséquence, sa capacité de travail est entière dans une activité respectant les limitations signalées à la clôture du premier accident subi. Le médecin d'arrondissement de la Suva Lausanne n'a, en outre, effectué à l'issue de son examen aucune observation relative à la nécessité de poursuivre un traitement médical susceptible d'apporter une amélioration notable des troubles à l'épaule gauche de M. L._____. Aucune limitation au genou droit n'a été enfin constatée par le Dr F._____.

En l'espèce, force est de constater qu'il n'existe, et que l'opposant n'apporte, aucun argument susceptible de remettre en cause les conclusions de ce spécialiste en traumatologie de la Suva. Partant, il convient de leur reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée. Au demeurant, il sied de signaler à l'intéressé que les constatations à l'épaule gauche relevées dans le

rapport du 26 août 2010 du Dr P. _____ sont les mêmes que celles existant lors du contrôle du 29 juillet 2008 par le Dr T. _____. Dans le document précité, le médecin traitant de l'assuré faisait état de l'existence d'une incapacité de travail uniquement jusqu'au 30 septembre 2010 et mentionnait que le traitement serait probablement terminé dans un délai de quatre à huit semaines. A la lumière de cette pièce, force est de constater que la Suva Lausanne s'est montrée bienveillante en allouant les prestations litigieuses jusqu'au 7 novembre 2010. La décision querellée du 3 novembre 2010 doit être confirmée. La mise en oeuvre d'éclaircissements médicaux complémentaires, requise par l'opposant, n'apparaît pas nécessaire, le dossier étant suffisamment instruit. Les prestations de la Suva se limiteront donc au versement de la rente servie pour les suites de l'accident du 7 février 2007 et à la prise en charge du traitement dentaire encore indispensable.

6.

En conclusion, à la lumière de l'ensemble des éléments de fait et de droit qui précèdent, la décision entreprise du 3 novembre 2010, bien fondée, doit être confirmée et l'opposition du 2 décembre 2010 rejetée ».

D. Par acte du 2 février 2011, L. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, principalement à sa réforme en ce sens que l'indemnité journalière lui est versée dès le 8 novembre 2010 y compris et, subsidiairement, en ce sens que des investigations médicales complémentaires sont mises en oeuvre sur sa personne. Il soutient en substance que la décision attaquée fait complètement abstraction des constatations médicales du Dr H. _____. Il allègue qu'ayant travaillé en tant qu'ouvrier non spécialisé sur des chantiers de construction, il paraît manifeste, dans un tel cadre professionnel, qu'il faut utiliser quotidiennement et presque systématiquement les deux bras, le cas échéant au-dessus de l'épaule, et qu'à l'évidence, il ne pourra plus occuper un tel poste sans souffrir de l'épaule gauche et mettre en danger sa santé. Il en déduit qu'il y a lieu de retenir l'existence d'une incapacité de travail, de lui allouer une rente d'invalidité et, dans cette attente, de continuer le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement. A titre subsidiaire, il estime que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires.

Le 14 février 2011, le recourant a produit une lettre adressée le 5 février 2011 à son conseil par le Dr H. _____, dont la teneur est notamment la suivante :

« Du point de vue orthopédique, la capsulite de l'épaule gauche n'est pas le problème central dans le cadre de l'accident du 6 mai 2010. La problématique est celle d'une instabilité de cette épaule.

Ce problème mérite à mon sens d'être mieux défini, dans le cadre du conflit asséculoologique, car il est le point central de ce dossier ».

Dans sa réponse du 7 avril 2011, la CNA a conclu au rejet du recours en se fondant notamment sur le rapport établi le 11 mars 2011 par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès de la Division médecine des assurances de la CNA, qu'elle a produit en annexe à son écriture.

Il en résulte en particulier ce qui suit :

« **Discussion**

M. L._____ a été victime d'une première luxation traumatique de l'épaule gauche le 16.6.2004, qui a été suivie de divers épisodes de subluxations, voire de véritables luxations. L'instabilité chronique a fondé l'indication à une stabilisation à foyer ouvert de cette épaule. Deux lésions séquellaires de luxations ont été mises en évidence lors de l'intervention chirurgicale pratiquée au Centre hospitalier R._____ le 9.7.2007 : une lésion capsulo-ligamentaire, sous forme d'une désinsertion du labrum (ou bourrelet) glénoïdien, appelée lésion de Bankart ; et une lésion de Hill-Sachs (= *impression de la tête humérale postérieure induite par le rebord antérieur de la glène. Cette lésion osseuse est très fréquemment observée en cas de luxations récidivantes*). L'opération a consisté à réinsérer le labrum antérieur et le ligament gléno-huméral inférieur après avivement de la glène. (*Une autre alternative thérapeutique est celle de la butée osseuse pré-glénoïdienne en utilisant à cet effet généralement la coracoïde. Les deux interventions effectuées donc dans un contexte d'épaule instable sont couronnées de succès dans 90% des cas environ.*)

L'évolution postopératoire a été marquée par l'apparition 6 mois environ après l'opération d'une raideur d'épaule imputée à une capsulite rétractile. (*Définie par une perte des amplitudes articulaires actives et passives de l'épaule de même ampleur, la capsulite rétractile évolue par 3 stades qui sont confluents. Le premier stade dit inflammatoire est associé à des douleurs d'épaule intenses et une perte croissante de la mobilité ; les douleurs régressent au stade 2 où l'épaule est également taxée de gelée car la mobilité gléno-humérale est alors abolie ; au stade 3 du dégel, la mobilité récupère. La durée des différents stades est extrêmement variable, pouvant s'échelonner sur quelques mois voire sur plusieurs années. La durée d'évolution jusqu'à récupération complète de la mobilité est chiffrée généralement à 18 mois en moyenne.*) La capsulite rétractile a eu chez M. L._____ un décours très favorable

compte tenu du fait que la mobilité s'était pratiquement normalisée en 6 mois d'évolution.

C'est donc à juste titre que le Dr H. _____ a estimé que la capsulite rétractile n'était plus en cause actuellement chez M. L. _____. Il a estimé qu'en fait le problème de M. L. _____ était l'instabilité persistante de son épaule. *(Il faut rappeler ici que ce diagnostic de capsulite n'a pas été posé par le Dr F. _____, mais bien par le Dr P. _____, médecin généraliste qui a en sus diagnostiqué une rupture de coiffe des rotateurs sans qu'il n'expose sur quelles bases il avait fondé ses deux diagnostics. Celui de capsulite rétractile était erroné, comme on l'a vu ; celui de rupture de la coiffe des rotateurs est invraisemblable chez un malade de 30 ans - la plupart des ruptures touchent des sujets dans leur 6^{ème} et 7^{ème} décennie de l'existence et se développent sur un terrain dégénératif. En outre, une contusion d'épaule n'est pas un mécanisme vulnérant susceptible de générer une rupture des tendons de la coiffe. D'ailleurs, le Dr P. _____ n'a mentionné dans son rapport aucune élément clinique qui permettrait de concevoir la pertinence de ce diagnostic de lésion de la coiffe).*

Je l'ai dit il peut y avoir échec de l'opération de Bankart, soit récurrence de la luxation d'épaule qu'elle visait à prévenir.

Depuis l'opération de juillet 2007, cette complication n'a plus jamais été documentée chez M. L. _____. Lors de l'examen pratiqué par le Dr T. _____, le patient n'avait relaté avoir eu qu'un seul "épisode d'impression d'instabilité".

Le médecin d'arrondissement s'était d'ailleurs attaché à vérifier à l'époque la persistance éventuelle d'une instabilité. Il avait effectué alors un test d'appréhension (fig. 1) en indiquant qu'il était négatif.

[...]

Il avait en revanche constaté que le signe du sillon (fig. 2) était positif, l'attribuant à l'importante amyotrophie du deltoïde, ce qui semble tout à fait plausible. (A cet effet, il faut rappeler que le signe du sillon ou "*sulcus sign*" était également positif à l'épaule droite selon les données du rapport d'examen du Dr S. _____ du 1.6.2007.) Le signe du sillon est un des tests diagnostiques utilisés dans l'évaluation d'une instabilité gléno-humérale : pour le faire, l'examineur effectue une traction en direction inférieure du bras ballant le long du corps (fig. 2). La démonstration d'une dépression sous-acromiale permet de conclure à un signe du sillon positif. Ce test n'a pas la même sensibilité et sensibilité que les trois autres utilisés communément dans le diagnostic clinique des instabilités de l'épaule, qui sont le test d'appréhension, le test de relocation et le tiroir (fig. 1, 3, 4).

[...]

Le Dr H. _____ n'a pas exposé le 5.2.2011 sur quelles données de l'examen clinique reposait son hypothèse diagnostique d'instabilité d'épaule, hypothèse qu'il avait déjà élaborée le 4.8.2010. Il avait déclaré alors recommand[er] au patient de suivre un traitement de physiothérapie spécialisée. On a vu dans l'anamnèse que M.

L._____ n'a pas effectué ce traitement au motif que son état dépressif l'en empêchait. On peut partir de l'idée que le Dr H._____ aurait proposé à M. L._____ une nouvelle intervention stabilisatrice sur son épaule gauche si l'instabilité avait été sévère, ou pour le moins de nouvelles investigations. De plus, une instabilité significative de l'épaule gauche n'aurait pas échappé au patient qui en connaissait parfaitement bien les symptômes pour les avoir éprouvés depuis juin 2004 jusqu'à l'opération de juillet 2007. Au Dr F._____ qui au vu de son rapport d'examen du 28.10.2010 a donné du temps au patient pour s'exprimer, M. L._____ n'a décrit aucune sensation d'instabilité ou d'insécurité à l'anamnèse, se bornant à évoquer des douleurs météo-dépendantes ou aux efforts (qu'il ne devait d'ailleurs pas forcément fournir au vu de l'incapacité de travail [q]ui lui était attestée par son médecin traitant).

En synthèse, il n'est pas possible en l'état du dossier de vérifier la pertinence de l'allégation du Dr H._____ selon laquelle l'intervention du 9.7.2007 se serait soldée par un échec chez le patient avec persistance d'une instabilité. En effet, on ne dispose ni d'éléments anamnestiques, ni cliniques qui nous permettraient d'y souscrire.

Le Dr F._____ a estimé qu'après près de 6 mois d'évolution, on pouvait considérer que les séquelles de la contusion d'épaule qu'avait subie M. L._____ s'étaient amendées, en l'absence de toute lésion traumatique vérifiable à l'imagerie médicale. On ne peut que se rallier à cette manière de voir ».

Par réplique du 7 novembre 2011, le recourant a maintenu ses conclusions. Il allègue avoir constamment mentionné avoir souffert de très nombreux accès d'instabilité de son épaule. Il indique qu'aucun procès-verbal d'audition dans lequel il aurait déclaré se limiter à évoquer un seul épisode d'instabilité ne figure au dossier. Il ajoute que, si ce document existait, il devrait être retranché du dossier, dès lors qu'étant quasi illettré, il ne comprend tout au plus que 10 % dans un texte rédigé en français administratif. Subsidiairement, il requiert une expertise sur sa maîtrise du français, en particulier sur celle du supposé document précité. Il allègue que le Dr H._____ lui aurait proposé une nouvelle intervention stabilisatrice de l'épaule gauche. Il estime que, puisque le Dr F._____ mentionne dans son rapport ne pas savoir interpréter un orthopantomogramme et dès lors que les radiographies constituent un moyen technique important d'évaluation, l'incapacité de ce médecin de lire utilement celles-ci jette un doute sur la pertinence des conclusions de l'intimée. Il en conclut que rien ne vient infirmer la constatation scientifique du Dr H._____ d'une instabilité de l'épaule gauche. En ce qui

concerne les conclusions subsidiaires de son recours, il soutient que, même si les conclusions principales du recours étaient rejetées, il aurait droit à des dépens, dès lors que l'autorité intimée a donné une suite favorable à ses conclusions subsidiaires en confiant, après le dépôt du recours, le dossier médical à un médecin pour nouvel examen. À titre de mesure d'instruction, il requiert l'assignation et l'audition du Dr H. _____, le retranchement de tout document dont il ressortirait qu'il aurait mentionné un seul épisode d'instabilité de l'épaule et la mise en œuvre d'une expertise médicale, afin de savoir s'il souffre d'une instabilité de l'épaule gauche due à l'événement assuré et s'il subit une incapacité de travail en relation avec l'instabilité.

Par duplique du 12 janvier 2012, l'intimée a confirmé ses conclusions en rejet du recours. Elle relève en particulier que le Dr F. _____ est spécialiste en chirurgie et non en médecine dentaire, l'orthopantomogramme étant une radiographie de toute la denture, consistant en une mise à plat de l'arc dentaire. Seuls les troubles de l'épaule étant litigieux, elle ne voit pas en quoi cette radiographie est utile à la solution du litige.

Le 17 décembre 2012, le recourant a produit un rapport établi le 18 septembre 2012 par le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui pose le diagnostic d'« instabilité épaule gauche persistante malgré status post stabilisation de l'épaule ». Il indique une persistance des douleurs et une pseudo-paralysie. Il mentionne que le pronostic est indéterminé. A la question « Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.) ? Si oui, lesquelles ? », la case « non » est cochée. Comme traitement actuel, il indique « Bilan radiologique en cours ». A la question « Faut-il s'attendre à ce qu'un dommage demeure ? Si oui, lequel ? », la case « oui » est cochée et il est mentionné « Arthrose épaule ». Sous « Remarques », il est précisé « Bilan en cours ».

Le 23 janvier 2013, le recourant a produit les pièces suivantes :

- le « consentement éclairé, information préopératoire au patient » du 5 octobre 2012, qui mentionne comme type d'intervention une arthroscopie diagnostique de l'épaule gauche avec nouvelle tentative de stabilisation de l'épaule gauche par voie arthroscopique ;

- un rapport établi le 7 janvier 2013 par le Prof. Z._____, spécialiste en radiologie, à la suite d'une arthro-IRM de l'épaule gauche le 26 décembre 2012, dont la conclusion est la suivante :

« Déchirure partielle de la face articulaire du tendon supra-épineux.
Lésion de Hill Sachs chronique.
Laxité capsulaire antérieure.
Pas de redéchirure labrale antérieure mais remaniements post-opératoires importants au niveau de l'insertion du ligament gléno-huméral inférieur dans sa portion antérieure qui n'est lui-même plus visualisé » ;

- un rapport du 10 janvier 2013 du Dr N._____, qui pose le diagnostic de récurrence de luxation antéro-inférieure gléno-humérale gauche et qui estime que le recourant présente une récurrence de luxation gléno-humérale antéro-inférieure gauche pour laquelle il propose une arthroscopie diagnostique et une stabilisation selon Bankart selon status per-opératoire, signalant par ailleurs qu'au cas où les tissus ne seraient pas de bonne qualité et qu'une plastie s'avérerait impossible, il conviendrait de proposer une chirurgie ouverte avec un transfert et une butée osseuse selon Latarjet ;

- un certificat établi le 17 janvier 2013 par le Dr K._____ mentionnant une incapacité de travail de 100% du 1^{er} décembre 2012 au 27 janvier 2013.

Dans sa détermination du 1^{er} mars 2013 sur les pièces produites, l'intimée a maintenu ses conclusions en rejet du recours, en se fondant en particulier sur le rapport du 1^{er} février 2013 de la Dresse V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie

auprès du Centre de compétence de la Division médecine des assurances de la CNA, produit en annexe à son écriture. Elle indique en outre avoir pris en charge la rechute annoncée dans le cadre de l'accident du 7 février 2007 et produit un document dans lequel le médecin-conseil estime notamment que les troubles de l'épaule gauche annoncés à nouveau le 1^{er} septembre 2012 constituent une rechute de l'accident du 7 février 2007 et que l'intervention proposée à la suite de l'examen du Dr N. _____ est justifiée et à la charge de la CNA. Dans sa lettre adressée le 28 janvier 2013 au recourant, l'intimée écrit notamment qu'elle lui alloue des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 7 février 2007.

Dans le rapport précité du 1^{er} février 2013, la Dresse V. _____ indique notamment ce qui suit :

« Conclusions

Comme nous l'avons donc pu voir tout au long de cette discussion, les termes de laxité et d'instabilité appliqués à l'épaule sont souvent source de confusion. J'ai préféré qualifier l'épaule de M. L. _____ de lâche et envisager les problèmes de laxité et d'instabilité séparément. Comme nous l'avons vu l'instabilité se présente souvent de façon voilée et son diagnostic peut solliciter la sagacité du chirurgien orthopédiste. L'instabilité apparaît souvent après une première luxation de l'épaule qui reste l'élément initiateur dans la majorité des cas. Chez la plupart des patients il y a un contexte de laxité génétique. Des anomalies biochimiques ont été incriminées à l'origine des laxités. Tsutsui ^[35] n'a trouvé aucune différence dans le type de collagène ou leur quantité au niveau de l'épaule mais [a] trouvé une diminution significative de l'entrecroisement des jonctions des fibres collagènes. Bell et Hawkins en 1991 ont mis en évidence dans la capsule des patients à épaules "laxes" une augmentation significative du taux de formation du collagène.

L'instabilité est définie comme une mobilité anormale et symptomatique de l'articulation qui entraîne douleur, subluxation ou luxation.

Ma conception de l'instabilité de l'épaule est qu'il y a une perte du contrôle de la position de la tête humérale par rapport à la glène durant la mobilité active. L'instabilité est donc la conséquence de la perte ou de la faillite des facteurs qui assurent le contrôle de la position de la tête humérale.

La tendance naturelle à la translation antérieure de la tête humérale est freinée par le faisceau antérieur du ligament gléno-huméral inférieur quand le bras est en abduction et rotation externe. Pour une abduction modérée le frein est assuré par le ligament gléno-

huméral moyen et l'épaisseur du tendon et du muscle sous-scapulaire. Or j'ai démontré plus haut qu'il existait une laxité de ce faisceau antérieur du ligament gléno-huméral inférieur (pseudo-ALPSA) ce qui explique les LAI chez M. L._____. Cette laxité peut être qualifiée de constitutionnelle (génétique) ^[3] ou issue de la toute première luxation en 2004. Une reposition de l'articulation luxée dans un cas de non-laxité du système ligamentaire capsulo-labral n'aurait jamais été possible de la sorte que l'assuré l'a décrit [sic] à maintes reprises.

Une épaule lâche asymptomatique est instable par définition. Ce n'est habituellement un problème que dans les épaules laxes où le degré de translation possible de la tête est tel qu'un conflit peut se produire. C'est un mode de transformation d'une laxité (asymptomatique) en instabilité (symptomatique). Il en a été conclu que le mécanisme pathologique était l'étirement du faisceau supérieur associé à la désinsertion du labrum.

A ce niveau je ne voudrais pas omettre d'évoquer le cas de la luxation volontaire. Bien qu'il y ait une littérature abondante sur le sujet, ces patients sont rares. Un contexte psychologique est souvent associé et mis en évidence chez M. L._____. Les luxations sont toujours atraumatiques et peuvent se produire dans un contexte de bénéfice secondaire. On peut parfois mettre en évidence une contraction musculaire asymétrique. On recommande habituellement une prise en charge de type "distanciation prévenante". Cependant il faut souligner que le diagnostic peut parfois être difficile et que plusieurs entretiens peuvent être nécessaires pour l'établir.

La prise en charge des luxations antérieures récidivantes est bien établie dans la littérature. Je limiterais mes commentaires à la prise en charge du conflit suite à une laxité entraînant une instabilité.

La rééducation est l'élément majeur du traitement mais elle doit être correctement réalisée. Une évaluation soigneuse du patient est nécessaire pour identifier les zones de faiblesse mais habituellement il faut renforcer d'abord les protecteurs de la gléno-humérale et les pivoteurs de l'omoplate puis inclure le deltoïde et enfin renforcer les propulseurs. Le plus souvent ces exercices sont réalisés de façon isotonique puis isométrique. Tout élément limitant la mobilité comme une rétraction capsulaire postérieure devra être traité par étirement avant que le renforcement musculaire ne commence. Il est important de prévenir le patient que ce type de rééducation prend beaucoup de temps. Plus les symptômes sont anciens et plus le traitement sera long. La plupart du temps il faut environ 6 mois et les rééducations de plus d'un an ne sont pas exceptionnelles. Les patients ne doivent pas commencer le travail des positionneurs de l'humérus avant que les muscles de l'omoplate et ceux de la coiffe n'aient été suffisamment renforcés pour contrôler la tête humérale. Des traitements complémentaires utilisant des machines à biofeedback ou isométriques peuvent être utiles.

Il ne faut pas envisager la chirurgie chez ce type de patient avant 6 mois de rééducation adaptée. Il faut se rappeler que même avec une laxité de l'épaule, des patients peuvent avoir des lésions traumatiques de type Bankart et si l'interrogatoire est évocateur, les

examens complémentaires comme l'arthroscanner, l'arthro-IRM ou l'arthroscopie doivent être prescrit[s] d'emblée. La présence de ces lésions indique que même la plus appropriée des rééducations a peu de chance d'être efficace. Bien qu'il soit possible de re-stabiliser ainsi des luxations récidivantes postérieures associées à une laxité, ce groupe de patients est très difficile à traiter de façon conservatrice et la chirurgie est le plus souvent nécessaire. Les mêmes remarques s'appliquent à ceux qui présentent des luxations récidivantes durant le sommeil.

Dans mon expérience, la chirurgie s'applique le plus souvent aux patients présentant des luxations ou des sublaxations plutôt qu'à ceux présentant des douleurs. Dans ce dernier groupe la rééducation est le plus souvent efficace.

Le principe de la chirurgie est de réduire le volume capsulaire et ainsi provoquer un frein capsulaire à la tête humérale et diminuant la charge sur les muscles de l'épaule. Ceci peut-être réalisé par des interventions à ciel ouvert comme la rétension capsulaire inférieure de Neer et Foster la rétension capsulaire arthroscopique de Snyder et Stafford ^[33] ou la rétraction capsulaire thermique ou au laser.

La rétension capsulaire inférieure a été décrite initialement par Neer et Foster en 1980 ^[22]. Dans leur série 31 des 32 patients avaient un bon résultat. Une étude plus récente de Cooper et Brems en 1992 ^[7] a montré 39 bons résultats sur 43 de même que Yamaguchi et Flatow ^[41] dans une publication de 1995 rapportaient que 66 de leur[s] 75 patients allaient bien. Savoie et Field ^[29] ont montré dans une étude comparative qu'au moins 90% de résultats satisfaisant[s] pouvaient être obtenu[s] en utilisant soit une technique de suture arthroscopique soit une technique de rétraction capsulaire thermique arthroscopique. Une rééducation spécifique est nécessaire après la chirurgie et commence habituellement après 4 à 6 semaines d'immobilisation.

Il n'y a pas encore de résultats à long terme publiés sur la rétraction capsulaire arthroscopique. Les études cliniques évoquent de bons résultats précoces mais les études fondamentales (Hayashi et coll 2001) s'inquiètent de la variété des lésions tissulaires provoquées par le mauvais contrôle de l'énergie délivrée par les sondes ^[13]. Cette technique est prometteuse mais un suivi à long terme est nécessaire ainsi qu'une amélioration de la performance des sondes thermiques.

La mise en place d'une butée osseuse pré-glénoïdienne selon la technique de Latarjet déjà évoqué[e] le 17 décembre 2012, par le Dr N. _____ est une intervention qui a fait ses preuves dans le traitement des instabilités antérieures post-traumatique[s] de l'épaule.

Cependant, malgré la simplicité de son principe, la réalisation de l'intervention de Latarjet est délicate. En effet, il faut par un abord chirurgical le moins traumatisant possible, positionner précisément la butée coracoïdienne puis la fixer solidement à la glène. L'intervention de Latarjet apporte de très bons résultats, cependant il m'est impossible d'affirmer son efficacité lorsqu'elle est effectuée sur une épaule dont l'articulation souffre de laxité. Je doute même

que cette intervention apporte une quelconque amélioration à l'état de l'articulation de [M]. L._____.

Les nouvelles pièces transmises par Maître Gintzburger le 23 janvier 2013 n'apportent aucun élément nouveau, si ce n'est que comme je l'ai déjà expliqué dans mon rapport, qu'un amalgame est souvent fait entre instabilité et laxité. Je confirme qu'une laxité peut entra[î]ner l'instabilité, néanmoins une laxité est une situation conditionnée. L'état de laxité est un état génétiquement établi. Chez M. L._____ la toute première LAI a entraîné une première tension extrême sur le système ligamentaire de l'épaule ce qui a entra[î]né une "élongation" de ce dernier. Suite aux luxations successives qu'il a subies, ces ligaments se sont distendus de plus en plus pour engendrer un état de laxité chronique.

Les explications du phénomène sont présentes dans mon appréciation :

- 1) page 15 dernier paragraphe : ...cette luxation lors de la première fois...*jusqu'à..séquelles [réd. : " Dans tous les cas, cette luxation lors de la première fois va ab[î]mer une partie de la capsule et du bourrelet glénoïdien (cartilage fibreux) qui entourent l'articulation et va distendre (à la manière d'un élastique) les ligaments, les nerfs et les artères, d'où la nécessité d'intervenir en urgence pour réduire (= remettre en place) la luxation afin de limiter les séquelles.]*
- 2) page 16 3^{ème} paragraphe : La réduction...*jusqu'à...efficacité de la réduction. [réd : " La réduction d'une luxation de l'épaule est une urgence. Une luxation de l'épaule (du moins la première) ne doit jamais être remise à chaud sur le terrain. Et surtout pas en tirant sur le bras un pied coincé dans l'aisselle. Il faut immédiatement amener la personne à l'hôpital pour contrôle radiographique et réduction (remise en place) dans les règles de l'art. Parce que d'une part, les muscles de l'épaule sont beaucoup trop puissants pour permettre de décoller la tête du creux du bras et la remettre dans son logement osseux. D'autre part, le risque de léser le bourrelet glénoïdien, cartilage indispensable à la bonne stabilité de l'épaule existe. Enfin il peut toujours y avoir un petit arrachement osseux au niveau de la glène ou de la tête humérale. Des radiographies s'imposent également après la manoeuvre de remise en place afin de s'assurer de l'efficacité de la réduction.]*
- 3) Figure 7 et 8 qui ne montre pas de véritable "encoche" de Malgaigne mais seulement un léger "émoussement" de la tête humérale au niveau du trochin témoignant de multiples passages lors de LAI. Cette physionomie (acquise) favorise par la suite les luxations.
- 4) Figure 19 Arthroscanner de l'épaule après injection intra articulaire de contraste : coupe axiale qui montre une "élongation" du ligament glénolabral au niveau du complexe antéro-inférieur labro-ligamentaire mais pas de rupture.

Réponse aux questions

" Les nouveaux éléments médicaux versés au dossier [...], sont-ils de nature à modifier vos précédentes appréciations ? "

Les nouveaux éléments médicaux versés au dossier (n° de sinistre [...]) confirment, qu'il n'existe pas une réelle instabilité mais qu'une laxité que je juge constitutionnelle est présente et que cette dernière [a] été aggravée par les épisodes de luxations successives. Comme je l'ai montré la différenciation entre instabilité et laxité est difficile à faire mais les nouvelles radiographies présentes prouvent qu'il n'existe à ce jour pas d'instabilité proprement dite au niveau de l'épaule gauche de M. L._____.

" Confirmez-vous, malgré l'instabilité relevée, qu'après 6 mois d'évolution, on pouvait considérer que les séquelles de la contusion de l'épaule s'étaient amendées ? "

Oui : si la pathologie initiale (ici une laxité constitutionnelle de l'épaule), qui existait avant l'accident (ou au pire est apparue après une première luxation en 2004), connaît de toute façon une évolution progressive, le status quo sine est atteint au moment où l'aggravation temporaire imputable à l'accident n'a plus d'incidence sur le déroulement inéluctable de la maladie. Les séquelles de l'évènement traumatique du 6 mai 2010 déclaré le **19 mai 2010** peuvent être considérées comme amendées au bout de 6 mois ».

Par lettre du 24 février 2014, le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales a informé les parties que, compte tenu des nouveaux rapports médicaux versés au dossier, l'interpellation du Dr H._____ ne lui paraissait plus utile, et que, sauf avis contraire motivé de leur part dans un délai prolongé au 30 mai 2014, il serait considéré que les parties ont renoncé à cette interpellation.

Les parties n'ont pas requis cette interpellation.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

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

2. En l'occurrence, est exclusivement litigieuse la question de la causalité entre l'accident du 6 mai 2010 et les troubles à l'épaule présentés par le recourant.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non

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

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

4. Le juge des assurances sociales 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. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin

traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1).

5. En l'espèce, consultés le même jour que l'accident du 6 mai 2010, les Drs Q._____ et D._____, après examen clinique du recourant et sur la base de radiographies, ont posé notamment le diagnostic de contusion à l'épaule gauche. De même, dans son rapport du 28 octobre 2010, le Dr F._____, qui a également procédé à l'examen clinique du recourant et examiné les radiographies de l'épaule notamment, n'a pas observé de lésion traumatique récente. Le fait qu'il n'ait pas su interpréter l'orthopantomogramme - ou panoramique dentaire - n'apparaît pas relevant en l'espèce, où seul le problème de l'épaule gauche est en cause.

Lors de son examen, il a uniquement constaté que l'épaule gauche était légèrement abaissée par rapport à l'épaule droite, avec une atrophie du deltoïde ainsi qu'une légère diminution des amplitudes articulaires et de la force de cette articulation. Il a estimé que six mois après la chute, le statu quo sine était largement atteint au jour de son rapport. De même, le Dr J. _____ a retenu le 11 mars 2011 qu'après près de six mois d'évolution, on pouvait considérer que les séquelles de la contusion de l'épaule qu'avait subie le recourant s'étaient amendées, en l'absence de toute lésion traumatique vérifiable à l'imagerie médicale. La Dresse V. _____ est arrivée à la même conclusion dans son rapport du 1^{er} février 2013 en expliquant que la pathologie, qui existait avant l'accident, connaissait de toute façon une évolution progressive, le statu quo sine étant atteint au moment où l'aggravation temporaire imputable à l'accident n'avait plus d'incidence sur le déroulement inéluctable de cette pathologie, soit six mois après l'événement traumatique.

Les conclusions du Dr F. _____, fondées à la fois sur l'examen clinique et sur le dossier du recourant, sont ainsi confirmées. Complètes et motivées, elles ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical.

En effet, dans son rapport du 26 août 2010, le Dr P. _____ a posé les diagnostics de capsulite à l'épaule gauche et de déchirure de la coiffe des rotateurs. Toutefois, si certes le recourant avait souffert avant l'événement du 6 mai 2010 d'une capsulite rétractile, tous les autres médecins consultés ont estimé qu'elle n'était plus en cause. Quant au diagnostic de déchirure de la coiffe des rotateurs, il n'est pas documenté. Le 4 août 2010, le Dr H. _____ a diagnostiqué une instabilité antérieure de l'épaule gauche sur status post instabilité antérieure, status post stabilisation en juillet 2007 et status post capsulite rétractile. Comme circonstances étrangères à l'accident, il a mentionné les lourds antécédents de l'épaule. Ni dans ce rapport, ni dans sa correspondance du 5 février 2011, il n'a expliqué les motifs pour lesquels ce trouble serait dû à l'accident du 6 mai 2010. Enfin, dans son rapport du 18 septembre 2012, le Dr K. _____, qui a posé le même diagnostic, n'a rien dit sur le lien entre cette pathologie et la contusion subie lors de l'accident en cause.

La simple constatation d'une pathologie, sans autre explication sur son lien avec l'accident, est insuffisante pour remettre en cause les conclusions du Dr F._____, dont le rapport - qui souscrit au demeurant aux réquisits de la jurisprudence - a valeur probante.

Au surplus, on relèvera que l'intervention proposée par le Dr N._____, qui a posé dans son rapport du 10 janvier 2013 le diagnostic de récurrence de luxation antéro-inférieure gléno-humérale gauche, est prise en charge par l'intimée dans le cadre de l'accident du 7 février 2007, qui n'est pas l'objet de la présente procédure.

6. Le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction comme y conclut le recourant, dont la demande est ainsi rejetée. En effet, le juge peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 c. 4.2.1).

7. En conclusion, la décision sur opposition rendue le 30 décembre 2010 par l'intimée ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmée, le recours étant ainsi rejeté.

L'arrêt est rendu sans frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Il faut à cet égard en particulier souligner que le fait que l'intimée, partie à la procédure, ait produit des rapports médicaux, tout comme le recourant d'ailleurs, ne constitue en rien une admission des conclusions subsidiaires du recours par la Cour de céans, comme le voudrait le recourant.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 30 décembre 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Stephen Gintzburger, avocat (pour L. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :