

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 février 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Neu, juge et Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourant, représenté par Asllan Karaj, à Lausanne,

et

O._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 36 LAA

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1983, travaillait en tant que manœuvre au sein de la fromagerie W._____ (ci-après : l'employeur) depuis octobre 2002. Il était de ce fait assuré pour les accidents professionnels auprès d'O._____ (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

Il ressort de la déclaration d'accident LAA signée par l'employeur le 24 août 2007 que le 18 août 2007, alors que l'assuré travaillait dans la cave à fromage, il a fait un faux mouvement en déplaçant les fromages, se blessant à l'épaule droite.

Dans un rapport médical initial LAA du 27 septembre 2007, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a décrit l'accident comme suit, sous la rubrique « Indications du patient - Déroulement de l'accident et plaintes » :

« Patient qui a reçu un fromage d'environ 35 kg au niveau de l'épaule droite ».

Le Dr I._____ a en outre posé le diagnostic de contusion à l'épaule droite, due uniquement à l'accident et a attesté une incapacité de travail totale du 20 au 24 août 2007, puis dès le 13 septembre 2007.

Selon un rapport du 2 octobre 2007 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a reçu une meule de gruyère sur le moignon de l'épaule droite le 17 août 2007, justifiant une incapacité de travail totale du 17 au 26 août 2007, puis à nouveau du 10 au 23 septembre 2007. Le Dr S._____ a indiqué avoir expliqué à l'assuré que dans ce contexte de contracture musculaire post-traumatique, il convenait de continuer le traitement en physiothérapie, de prendre des anti-inflammatoires selon la douleur. S'agissant de l'examen clinique, le Dr S._____ a décrit ceci :

« Patient en bon état général, plutôt musclé avec une mobilisation active de l'épaule symétrique et indolore. Les épreuves de la coiffe ou de l'irritation du biceps sont négatives. Il n'y a pas de douleur nette à la palpation acromio-claviculaire droite, mais quelques craquements perceptibles. J'observe surtout une contracture musculaire autour de l'omoplate droite, au niveau des muscles rhomboïdes et du muscle élévateur de la scapula. Il n'y a pas d'instabilité acromio-claviculaire droite ni de cervicalgie associée ».

Dans un rapport du 14 avril 2008, le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine manuelle, a exposé avoir diagnostiqué chez l'assuré un syndrome vertébral cervical, un syndrome costo-vertébral, une importante lésion au niveau du trapèze supérieur sous forme de trigger-point musculaire, une tendinite du susépineux à droite et un syndrome costo-vertébral au niveau D6 à droite, ces diagnostics étant tous à mettre en rapport avec le traumatisme relativement important subi par l'assuré. Le Dr B. _____ a mentionné que le traitement avait consisté en des mobilisations, des techniques neuromusculaires et des manipulations ainsi que des infiltrations, que la situation avait mis beaucoup de temps à s'améliorer et que voyant peu d'amélioration, il avait prescrit un arrêt de travail total de deux semaines dès le 5 mars 2008, puis à 50% dès le 26 mars 2008, qu'il prévoyait de prolonger cet arrêt jusqu'à la fin du mois d'avril. Il a relaté avoir vu le jour même une nette amélioration mais encore un trigger-point important dans le trapèze supérieur droit traité manuellement.

Dans une correspondance du 30 avril 2008 au Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, le Dr B. _____ écrit ceci :

« Ce patient m'a été adressé le 17.10.07 par le Dr. S. _____, orthopédiste FMH à [...], pour un traitement de médecine manuelle. Je rappelle que ce patient avait reçu une pièce de fromage d'environ 37 kg sur son épaule droite le 19.08.07.

En ce qui me concerne, j'ai noté un syndrome vertébral cervical inférieur droit post-traumatique avec surtout une réaction douloureuse du trapèze supérieur qui montre un "trigger-point" d'environ 1,5 cm sur 1,5 cm extrêmement douloureux à la palpation. En ce qui concerne l'épaule j'ai noté également un syndrome douloureux à l'insertion distale du sus-épineux droit. A noter encore un syndrome costo-vertébral droit au niveau de D6 correspondant à une douleur ressentie également après l'accident.

J'ai traité à plusieurs reprises ces différentes zones manuellement et aussi par infiltration. Les parties les plus difficiles à traiter ont été "le trigger-point" du trapèze supérieur et surtout la lésion du tendon distale du sus-épineux à son insertion sur la tête humérale.

A ce sujet, j'en ai rediscuté avec le Dr. S. _____ et proposé une IRM de cette épaule afin d'exclure toute possibilité de déchirure à cet endroit.

La raison du nouvel arrêt de travail avait été motivée par une exacerbation des douleurs et naturellement le travail lourd effectué par ce patient n'était pas sans conséquence sur l'évolution.

Nous nous permettrons le Dr. S. _____ et moi-même de vous tenir au courant de l'évolution de la situation dès que l'IRM sera pratiquée ».

Dans un rapport intermédiaire LAA du 2 juin 2008, le Dr B. _____ a posé les diagnostics de contusions de l'épaule droite et de syndrome vertébral cervico-dorsal.

Le 23 juin 2008, le Dr P. _____, spécialiste en neuroradiologie, a procédé à une arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule droite. Dans son rapport du lendemain, il a conclu à des troubles dégénératifs modérés au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, à un léger impingement sous-acromial, sans argument pour une déchirure ou tendopathie significative du muscle sus-épineux, à une possible discrète lésion du labrum supérieur dans le sens d'une dégénérescence mais sans argument pour une déchirure.

Le 4 novembre 2008, le médecin-conseil de l'assurance a considéré, au vu de l'IRM, que le diagnostic n'était plus en rapport avec l'accident et que le *statu quo ante* avait été atteint en juin 2008.

Le 3 décembre 2008, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé la lettre suivante au Dr S. _____ :

« Je te remercie de m'avoir adressé le patient susnommé que j'ai vu à ma consultation le 24.11.2008.

Il s'agit d'un patient de 25 ans, manœuvre dans une fromagerie, droitier, qui a reçu une meule de fromage sur l'épaule D le 17.08.2007. Cette meule de fromage pesait 40kg et est tombé d'une hauteur de 1m. Actuellement il y a une persistance des douleurs malgré les séances de physiothérapie et d'infiltration acromio-claviculaire. Les douleurs sont estimées en journée à 4/10 et montent jusqu'à 10/10 la nuit. Il n'arrive pas à dormir dessus en décubitus latéral. Douleur nocturne le réveillant. Douleur dès 45° d'abduction. Pas d'arrêt de travail actuellement. Physiothérapie sans effet. Pas d'allergie connue. Antécédents personnels sp.

A l'examen clinique :

Acromio-claviculaire sp, Body Cross Test positif Mobilité passive 180° en antépulsion et en abduction ddc. Rotation externe coude au corps 45°. Manoeuvre de Neer positive. Testing de la coiffe difficile car douloureux dans tous les points. Manoeuvre d'O'Brien positive ainsi que le palm up témoignant d'une lésion du tendon du long chef du biceps. Sulcus positif. Manoeuvre de Gagey entraîne des douleurs dans l'omoplate dès 100°. Pas de tiroir antéro-postérieur. La douleur n'est pas soulagée par un relocation test.

Arthro-IRM de l'épaule D :

Sp à part une possible lésion Slap I-II.

Cliniquement il s'agit de douleurs un peu diffuses difficiles à systématiser mais avec quelques arguments en faveur d'une lésion de type Slap. Vu la persistance des douleurs et le traitement conservateur de longue durée, je propose une évaluation arthroscopique gléno-humérale. En cas de lésion Slap on procédera à une réparation par voie arthroscopique.

Je discute avec lui des modalités opératoires, tenants, aboutissants et risques. Je lui laisse un délai de réflexion et je reste volontiers à disposition si nécessaire [...] ».

Le 9 décembre 2008, le Dr S._____ a écrit au médecin-conseil de l'assurance qu'il était surpris de la cessation de versement de prestations liées à l'accident, que le *statu quo ante* n'était pas atteint, le patient souffrant toujours de douleurs quotidiennes au niveau de son épaule droite malgré un traitement de physiothérapie, de multiples infiltrations et d'ostéopathie. Il a précisé avoir adressé l'assuré au Dr T._____, spécialisé en chirurgie de l'épaule, qui avait retenu le diagnostic d'une lésion de type SLAP ([*Superior Labrum from Anterior to Posterior*] ou lésion antéro-postérieure du labrum supérieur) et prévu d'opérer l'assuré pour suture du bourrelet glénoïdien sous arthroscopie. Selon le Dr S._____, ces suites étaient très clairement liées à l'accident de l'assuré.

Le 14 mai 2009, l'assuré a été opéré par le Dr T._____, l'opération consistant en une stabilisation du labrum antérieur et supérieur de l'épaule droite, en raison d'une lésion SLAP II symptomatique de cette épaule.

A la requête de l'assurance, une évaluation interdisciplinaire a été pratiquée à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique V._____) du 7 au 9 décembre 2009 en raison de douleurs persistantes de l'épaule droite sur une contusion de l'épaule droite le 17 août 2007 et une réparation arthroscopique du bourrelet deltoïdien droit le 14 mai 2009. Le rapport de cette évaluation, du 14 décembre 2009, rédigé par les Drs N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et D._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, relatait ce qui suit sous la rubrique « Données fournies par le patient » :

« Déroulement et évolution

Les circonstances de l'accident sont reprises avec H._____ qui confirme les faits. Il était, le 17.08.07, affairé à l'affinage des fromages lorsqu'une pièce de 35 kilos a glissé une étagère directement sur son épaule. Le patient indique bien qu'il n'a fait aucun effort pour tenter de la retenir. Il s'agit donc d'un traumatisme par impact direct. Sur le moment, il a eu très mal, si bien qu'il a dû interrompre son activité [...] ».

Ce rapport se termine ainsi (sic) :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

H._____ est un jeune homme de 26 ans, sans aucun antécédent médical. Kosovar d'origine, il n'a pas acquis de formation professionnelle spécifique, il est arrivé en Suisse, en provenance de son pays natal, en 2002, pour y exercer sa première activité rémunérée. Il est célibataire et sans enfant. Dans notre pays, il a travaillé, pour le même employeur, comme fromager depuis 6 ans.

Le 17.08.07, il reçoit une meule de fromage d'un poids approximatif de 35 kilos sur l'épaule droite. Cette pièce a glissé d'une étagère et a impacté l'épaule de façon directe, sans que H._____ n'esquisse de mouvement pour la rattraper. On pense dans un premier temps à une contusion simple de l'épaule, l'approche clinique et les circonstances du traumatisme ne faisant pas évoquer une lésion de la coiffe chez un si jeune sujet.

Les douleurs initiales paraissent s'estomper; l'amélioration permet dans un premier temps la reprise partielle de l'activité professionnelle. Cependant, **l'évolution** reste laborieuse. Devant l'inefficacité des différents traitements (physiothérapie, médication antalgique et anti-inflammatoire, infiltration de corticostéroïdes), on procède, dix mois après l'impact, à une arthro-IRM de l'épaule droite dont les conclusions ne sont pas univoques, suggérant une possible lésion du bourrelet glénoïdien. Finalement, plus de 20 mois après le traumatisme, on se résout à pratiquer une arthroscopie de l'épaule qui permet de constater une déchirure du labrum. Celle-ci est réparée.

Les suites opératoires sont subjectivement défavorables dans la mesure H. _____ voit son sommeil perturbé par les douleurs et qu'il a l'impression d'un blocage progressif de son articulation, symptômes qui n'existaient pas avant l'intervention.

L'examen physique est actuellement très difficile à mener parce qu'il est parasité par un comportement douloureux chez un sujet pusillanime, qui épargne son membre supérieur, le tenant dans la mesure du possible collé au tronc.

Tout mouvement passif ou actif de l'épaule est rapidement limité par un frein algique. Objectivement, une fois ce frein vaincu, on observe une limitation de la mobilité passive en rotation externe toutefois, l'abduction et la rotation interne sont symétriques, ce qui exclut le diagnostic de capsulite rétractile suggéré par l'histoire. Il n'y a pas d'élément en faveur d'une atteinte de la coiffe des rotateurs. L'expression douloureuse empêche l'interprétation de tests plus complexes, comme la recherche d'une instabilité chez ce patient laxé par nature. On est frappé par un émoussement de l'étoffe musculaire de la fosse sous-épineuse et par une atrophie relative du biceps. On observe un léger décollement de l'omoplate lors de l'élévation.

A ce stade, on retient donc le diagnostic de douleurs persistantes de l'épaule, amplifiées après une arthroscopie réalisée voici sept mois ayant permis une suture du bourrelet, s'accompagnant d'une atrophie de la musculature du moignon de l'épaule et d'une limitation en rotation externe. Le mécanisme du traumatisme, avec son effet guillotine, pourrait suggérer une lésion neurogène, par exemple du nerf sous-scapulaire.

L'évaluation des capacités fonctionnelles est difficile à mener, comme l'a été l'examen médical. Le score de 87 atteint au PACT avant la réalisation des différents tests donne à penser que H. _____ ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits, on doit admettre que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Il est en effet capable de manutentionner régulièrement des charges de 10 à 25 kgs, malgré l'autolimitation qu'il oppose à la réalisation des tests en épargnant son membre supérieur droit. Malgré tout, la volonté de donner le maximum est considérée comme réelle et le niveau de cohérence pendant l'évaluation comme élevé.

Au cours de **l'évaluation psychiatrique**, on est face à un jeune homme de 27 ans, de corpulence maigre, souriant et en bon état général. L'entretien se déroule en présence d'un traducteur. H._____ se montre collaborant et répond bien aux questions posées. Son humeur est neutre et l'on n'observe pas de symptomatologie anxiodépressive. Il n'y pas de modification de son comportement. L'échec de l'intervention chirurgicale et la peur de perdre son travail sont au centre de son discours. L'évaluation ne débouche finalement sur aucun trouble dans le registre psychiatrique.

Le **pronostic** est réservé, voire sombre, H._____ est manifestement entré dans un processus d'invalidation. Il développe actuellement une exclusion fonctionnelle progressive de son membre supérieur dominant : à témoin le comportement douloureux qu'il oppose à toute forme d'investigation ainsi que l'atrophie musculaire de la racine du membre supérieur, appréciable malgré la maigreur. Un tel comportement, même s'il parasite considérablement l'évaluation médicale, n'exclut évidemment pas l'existence d'une atteinte organique sous-jacente. Des facteurs psycho-sociaux jouent un rôle non négligeable dans cette mauvaise évolution le patient est déstabilisé par les incertitudes diagnostiques, par l'échec systématique des traitements appliqués; on peut ici souligner le rôle iatrogène des traitements invasifs (aggravation systématique après les infiltrations ou après l'arthroscopie). Le score intermed, élevé, dit bien le complexité de ce cas.

Dans ce contexte, **une prise en soins interdisciplinaire** coordonnée nous paraît constituer l'unique chance de sortir le patient de l'impasse dans laquelle il se trouve. Une telle prise en soins permettrait d'associer un complément d'investigation neurologique à une mobilisation puis une tonal-Laban de l'épaule; en piscine et à sec, à un ajustement de la thérapie médicamenteuse ainsi qu'à une meilleure gestion de la douleur en utilisant un discours visant à le rassurer (par le biais indispensable d'un interprète). Notre clinique dispose des ressources nécessaires à l'application de toutes ces mesures, difficilement envisageables en ambulatoire, et nous nous mettons à votre disposition pour un séjour de 4 semaines au début de l'année 2010 ».

L'assuré a de nouveau séjourné à la Clinique V._____ du 3 février au 2 mars 2010. Dans leur rapport du 26 mars 2010, les Drs U._____, chef de clinique et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J._____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics de contusion de l'épaule droite le 17 août 2007, de lésion SLAP II de l'épaule droite, d'arthroscopie gléno-humérale avec stabilisation du labrum antérieur et supérieur de l'épaule droite le 14 mai 2009 et de tendinopathie du supra-épineux droit.

Ce rapport se termine comme suit :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, le patient se plaint de douleurs antéro-supérieures de l'épaule droite avec une extension en direction de la nuque et à l'omoplate. Les douleurs sont cotées à 5/10 au repos, 10/10 à l'effort et 10/10 pendant la nuit. La nuit la douleur s'étend à la face latérale du bras jusqu'à la main, s'accompagnant de fourmillements. Les activités au-dessus de l'horizontale sont difficiles en raison des douleurs. Le sommeil est perturbé par des douleurs nocturnes.

Au status, on note une hypomyotrophie du supra-épineux et de l'infra-épineux. La palpation est sensible dans la région acromio-claviculaire, au niveau du trapèze; à l'antérieur de l'épaule, à l'omoplate et à la colonne cervicale inférieure. La mobilité de l'épaule en flexion-abduction est limitée en actif, mais en passif les amplitudes sont symétriques. Le rythme omothoracique est perturbé avec un départ précoce de l'omoplate à droite. Les tests de conflit sont douloureux. Les tests de coiffe sont douloureux mais bien tenus. Un comportement très expressif associé à de nombreuses auto-limitations a été constaté.

La RX de l'épaule droite du 10.02.2010 montre une légère dysplasie de la partie postérieure de la glène. L'échographie de l'épaule droite du 25.02.2010 met en évidence des signes de tendinopathie du supra-épineux droit avec remaniements osseux du trochiter à son insertion sans déchirure décelable. Une infiltration de la bourse sous-acromiale n'est pas proposée, vu le résultat de la dernière infiltration du 11.11.2009.

En raison de fourmillements du membre supérieur droit, un ENMG est demandé. L'examen électro-clinique relève de légers signes d'enclavement du nerf médian ddc, actuellement asymptomatiques. L'examen neurologique est très rassurant, hormis une légère hypoesthésie localisée à l'acromion et à la face externe du membre supérieur droit, ne suivant pas le trajet anatomique connu. Il n'y a pas de signe d'atteinte médullaire, radiculaire, plexulaire ou périphérique.

Le patient a été pris en charge en physiothérapie, en individuel, en passif et en actif, et en groupes. Au terme du séjour, subjectivement le patient a vu une légère amélioration de la force de son épaule droite, mais ressent toujours beaucoup de douleurs et ne voit pas d'amélioration de ses capacités fonctionnelles. Objectivement on observe qu'il porte toujours son bras contre le corps et souvent tient la main en poche pour se déplacer. Il est autonome pour la toilette-habillage et ne rencontre pas de difficulté particulière pour les activités au sein de la Clinique. Il est capable de jouer au badminton et de faire d'autres activités sans gêne physique, mais manifeste en permanence sa douleur. On note une légère amélioration de la mobilité de l'épaule droite et de la force isométrique. La coopération a été jugée moyenne. Le patient a été ponctuel et collaborant. Il a effectué tous les exercices demandés mais est resté très fixé sur sa douleur et autolimité, ce qui n'a pas permis de mettre en place un programme de physiothérapie cohérent. Par contre dans des activités plus globales et récréatives (jeux légers) les limitations

constatées ont été moindres et le comportement douloureux moins marqué. Il n'y a pas d'indication de la poursuite de physiothérapie ambulatoire. Un programme d'exercices à domicile est proposé.

Sur le plan antalgique on a continué le traitement de Dafalgan 1 g 4 x/jour associé à du Tramadol retard 100 mg, 2 x/jour. Puis on a introduit du Tramadol pushes en réserve. Nous laissons ce traitement à la sortie et vous laissons le soin de l'adapter si nécessaire.

En ce qui concerne l'activité professionnelle :

Le patient est d'origine kosovare, en Suisse depuis 2002. Il travaille dans une fromagerie, sans formation. Il est en incapacité de travail à 100 % depuis le 14.05.2009.

Vu les douleurs persistantes de l'épaule droite et le fait que le patient n'ait pas eu d'amélioration après la physiothérapie intensive, la reprise de son activité actuelle qui est une activité physique lourde semble pour l'instant difficile. Nous prolongeons l'incapacité de travail à 100 % jusqu'à son rendez-vous avec son orthopédiste et lui laissons le soin de la réévaluer selon l'évolution.

Le pronostic est réservé, le patient étant entré dans un processus d'invalidation avec exclusion fonctionnelle de son membre supérieur liée à un comportement douloureux marqué.

En résumé :

Il s'agit d'un patient de 27 ans, qui nous est adressé après une arthroscopie gléno-humérale avec stabilisation du labrum antérieur et supérieur de l'épaule droite le 14.05.2009, suite à une contusion de l'épaule le 17.08.2007.

La prise en charge en physiothérapie n'a pas amené de diminution des douleurs ni de progression fonctionnelle significative. On n'a pas de proposition thérapeutique pour la suite, hormis le traitement médicamenteux et un programme d'exercices à domicile.

En ce qui concerne l'activité professionnelle, nous prolongeons l'incapacité de travail jusqu'au 31.03.2010, date de son rendez-vous avec le Dr T._____. Le pronostic est réservé au vu du processus d'invalidation en cours chez ce patient.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'EMPLOYE DE FROMAGERIE NON QUALIFIE

- 100 % du 03.02.2010 au 31.03.2010 ».

Une expertise pluridisciplinaire a été effectuée au Centre [...] (ci-après : le Centre M._____) les 30 septembre et 6 octobre 2010 à la requête de l'assurance. Les experts, soit les Drs L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z._____,

spécialiste en neurologie, ont rendu leur rapport le 18 février 2011, dans lequel l'accident est décrit comme suit :

« Histoire médicale actuelle selon l'expertisé(e) :

H._____ qui travaille dans une fromagerie est victime d'un accident le 18.08.2007, lorsqu'il veut prendre un fromage de 35 kg environ sur une étagère en hauteur, la pièce lui glisse des mains et tombe sur son épaule droite [...].

Rappel de l'histoire médicale :

[...]

Le 17.08.07, il a été victime d'un accident, il y a eu une contusion par choc direct en recevant un fromage de 35 kg sur l'épaule droite le 18.08.2007 ».

En outre, cette expertise a notamment la teneur suivante (sic) :

« Situation actuelle et conclusion :

Sur le plan orthopédique, très importantes douleurs de la racine du membre supérieur droit situées essentiellement à la région antérieure de l'épaule, sans corrélation avec un examen clinique montrant peu de limitations à la mobilité passive, une force des rotateurs relativement bien conservée et à l'arthro-IRM une simple tendinopathie du sus-épineux.

Il y a cependant une nette atrophie du deltoïde qui prouve que H._____ ne se retrouve pas limité dans l'utilisation de son épaule droite seulement devant l'examineur, mais qu'il n'utilise pas de façon courante la racine de son membre supérieur droit.

Nous avons donc au début de cette histoire un choc direct sur la face supérieure de l'épaule droite par une masse à bords arrondis pesant 35 kg.

Les symptômes initiaux ont été à caractère musculaire. Des troubles articulaires n'étaient pas au premier plan puisqu'aucune investigation n'avait été pratiquée.

Celles-ci ont eu lieu en juin 2008 soit presque un an après l'accident. Aucune lésion à caractère traumatique n'a été constatée sur l'arthro irm du 23 06 2008

Après plusieurs tentatives de reprise, une amélioration permettant une reprise de travail de mai 2008 à février 2009 a eu lieu.

Finalement une intervention chirurgicale a eu lieu en mai 2009 soit à nouveau presque un an après l'IRM (réinsertion d'une lésion SLAP type 2).

Ici il est peut-être important de donner quelques explications sur les lésions SLAP.

Cette abréviation vient de l'anglais : Superior Labrum Anterior and Posterior.

Il s'agit en fait de lésions du tendon du biceps, de son insertion sur la glène et du labrum adjacent.

Ces lésions peuvent avoir une origine traumatique mais elles ont également une origine dégénérative. 4 types principaux sont décrits.

En cas d'origine accidentelle un mécanisme provoquant une poussée de la tête humérale vers le haut est décrit.

Ce mécanisme ne correspond pas du tout à ce qui a été décrit ici ou la tête humérale a plutôt été déplacée vers le bas.

Il est donc peu vraisemblable que l'accident ait été à l'origine de la lésion réparée en mai 2009.

Il est par ailleurs étonnant qu'au vu de l'exacerbation de la symptomatologie douloureuse suite à la première intervention une nouvelle proposition d'intervention ait été faite, celle-ci ayant peu de chance d'améliorer H._____.

Nous faisons donc face à une situation pour le moins complexe.

Après un choc direct (juillet 2007) sur l'épaule droite H._____ a présenté des douleurs de l'épaule droite qui ont tout d'abord été traitées comme de troubles d'origine musculaire.

Après presque un an d'une symptomatologie fluctuante des investigations articulaires n'ont pas montré grand-chose (juin 2008).

Après encore un an d'une symptomatologie toujours fluctuante mais s'aggravant une opération (mai 2009) a été pratiquée dans le cadre du traitement de l'accident, mais adressée à une lésion qui n'est probablement pas causée par celui-ci.

Après cette opération la symptomatologie s'est aggravée avec apparition d'une exclusion fonctionnelle et de douleurs du membre supérieur droit qui ne sont pas expliquées par l'état objectif du patient.

En conclusion, il y a eu une contusion certaine de l'épaule droite. L'accident n'est la cause d'une lésion SLAP qui implique un mécanisme différent (sic). Une telle lésion peut aussi être d'origine dégénérative. La tendinopathie est survenue tardivement et n'est pas en relation de causalité certaine ou vraisemblable avec l'accident.

Sur le plan neurologique, il y a persistance de douleurs au niveau de l'épaule droite irradiant en direction de la nuque et diffusément dans le membre supérieur droit se compliquant de paresthésies également diffuses et d'un manque de force globale du membre supérieur droit.

L'examen neurologique révèle une nuque de bonne mobilité, avec une mobilisation tout au plus légèrement sensible en fin de mouvement vers la droite, avec provocation de douleurs locales uniquement. Les muscles para-cervicaux et le chef supérieur du trapèze ne sont ni contracturés ni sensibles.

Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées si ce n'est que l'assuré se déplace avec une diminution du ballant du membre supérieur droit (exclusion du membre supérieur).

L'examen des paires crâniennes, du tronc et des membres inférieurs est entièrement normal.

A l'examen des membres supérieurs, alors que la trophicité musculaire et les réflexes tendineux sont symétriquement bien préservés, le testing de la force musculaire est caractérisé par quelques lâchages proximaux du membre supérieur droit, toutefois sans qu'on objective de franc déficit moteur à ce niveau. Il n'y a pas de déficit moteur au niveau du membre supérieur gauche. L'examen de la sensibilité révèle une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur droit sans topographie radiculaire ou tronculaire et les sensibilités profondes sont intactes.

Nous avons revu les radiographies standards de la colonne cervicale de même que l'IRM cervicale pratiquée tout récemment (24.09.2010).

Les examens radiologiques précités sont sans anomalies significatives.

Etant donné que deux ENMG ont déjà pratiqués et ce sont avérés normaux (sic), nous avons renoncé à pratiquer un nouveau bilan électromyographique qui aurait été sans informations additionnelles.

En conclusion, l'atypie des plaintes et les constatations cliniques, l'absence de déficit neurologique clairement objectivable à l'examen, la normalité des deux ENMG pratiqués préalablement et la normalité du bilan radiologique antérieur (radiographies standards de la colonne cervicale et l'IRM cervicale) nous permettent d'écarter l'éventualité d'une origine/participation neurologique aux plaintes formulées par H._____.

Il n'y a pas d'incapacité de travail ni d'atteinte à l'intégrité.

Sur le plan psychique, H._____ rapporte essentiellement des douleurs et des angoisses concernant sa capacité de travail. Les douleurs ont également des répercussions sur son sommeil avec de fréquents réveils nocturne. Il note une baisse d'énergie, mais pas une fatigue marquée. Il est parfois triste et se sent aussi parfois dévalorisé faisant référence à son incapacité de travail.

Les plaintes restent très centrées sur la persistance des douleurs et de la répercussion sur sa capacité de travail. Ceci contraste avec une présentation assez souriante. Il n'apparaît pas particulièrement affecté. Il n'y a pas de tristesse envahissante. On n'observe pas non plus de trouble cognitif ou de ralentissement psychomoteur.

Sur la base de ces éléments deux affections psychiatriques doivent être discutées.

Il pourrait s'agir d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). En faveur de ce diagnostic on retrouve un rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. De plus les traitements n'apportent pas d'amélioration et les plaintes algiques ne s'expliquent pas par des substrats organiques clairs selon l'appréciation des deux autres experts.

Le monitoring thérapeutique montre des taux indétectables pour les antalgiques (paracétamol et tramadol).

On ne retrouve pas de comportement particulièrement algique durant l'entretien, ni de souffrance psychique marqué ou de sentiment de désespoir. De plus, des signes d'épargne du membre supérieur droit avaient été mis en évidence lors du séjour à la Clinique V._____.

On retrouve également un contexte psychosocial marqué le fait qu'il n'était pas déclaré par son dernier employeur. Il n'a pas non plus de permis de séjour en Suisse. Mais d'autre part, il conserve des relations avec ses proches parents en Suisse. On note aussi qu'il n'a pas d'obligation particulière par rapport à sa famille restée au Kosovo et que les parents sont pris en charge par un des frères resté au pays.

En second lieu, la présentation clinique pourrait correspondre à une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ce trouble pourrait survenir dans un contexte social marqué par des incertitudes tel que mentionné ci-dessus. Toutefois lors de notre examen clinique nous n'avons pas observé un comportement démonstratif ou une composante histrionique ce qui permet d'exclure cette affection. H._____ adopte donc essentiellement un comportement autolimitatif. Comme mentionné par d'autres intervenants, ceci s'inscrit dans un processus d'invalidation.

H._____ présente donc un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Cette appréciation diverge de l'appréciation psychiatrique effectuée à la Clinique V._____. Ceci s'explique très certainement par une aggravation du tableau clinique ce qui correspond d'ailleurs aux appréciations pronostiques effectuées lors du séjour à la Clinique V._____.

Le trouble est de sévérité modérée parce qu'il est caractérisé par des comportements autolimitatifs mais il n'est pas accompagné d'un sentiment de détresse marqué.

Ce trouble n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique. On ne retrouve pas de trouble de l'humeur ni de trouble anxieux.

H._____ ne présente pas de trouble de la personnalité. En revanche il adopte un comportement autolimitatif.

La possibilité ou non de fournir un effort suffisant en vue de surpasser les conséquences invalidantes des douleurs représente le

problème le plus épineux. On peut considérer que la prise plus régulière du traitement antalgique (tramadol, paracétamol) peut permettre de diminuer suffisamment les douleurs pour diminuer l'anxiété à fournir un effort physique. Cette mesure thérapeutique est parfaitement exigible et l'on ne peut pas parler d'échec à ce type de traitement antalgique.

En conclusion, il n'y a pas d'incapacité de travail durable en lien avec le syndrome douloureux somatoforme persistant. Sur le plan psychique, H._____ est apte à travailler huit heures par jour sans diminution de rendement.

Il n'existe aucun lien de causalité entre l'accident et le syndrome douloureux somatoforme per[s]istant. Cette affection est très probablement survenue dans un contexte d'incertitude concernant son status de résident en Suisse. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité.

Réponses aux questions de l'O._____

1. Anamnèses détaillées

Cf. ci-dessus.

1.1. *Anamnèses médicale, familiale, sociale, professionnelle, structure de la personnalité ?*

Cf. plus haut.

1.2 *L'assuré a-t-il souffert de troubles physiques et/ou psychiques ? Si oui, à partir de quelle date et comment ont-ils évolué depuis (thérapies, évolution, assimilation des interventions chirurgicales, etc.) ?*

Cf. plus haut.

2. Plaintes de l'assuré ?

Cf. ci-dessus.

3. Constatations et diagnostics, avec description clinique des troubles ?

1. Ancienne contusion de l'épaule droite.

2. Lésion slap réinsérée

3. Exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit

4. Tendinopathie du sus-épineux visible à l'arthro-IRM.

5. Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) : affection psychogène.

Parmi ces troubles quels sont ceux d'origine organique ?

1, 2, 4.

L'exclusion fonctionnelle et l'importance des douleurs ne sont pas expliquées par les trouvailles somatiques objectives.

4. *Lien de causalité naturelle (prière de motiver les réponses)*

4.1. *Les constatations sont-elles certainement, avec vraisemblance prépondérante (plus de 50 0/0) ou seulement de façon possible en relation de causalité naturelle avec cet accident ?*

Seul le diagnostic 1 est en rapport de causalité naturelle vraisemblable avec l'accident.

Selon son mécanisme l'accident n'est pas la cause d'une lésion S.L.A.P.

Ces lésions arrivent lorsque la tête humérale est chassée vers le haut par une chute sur le membre supérieur étendu et non par un choc direct sur l'épaule.

De telles lésions peuvent également avoir une origine dégénérative.

Apparue tardivement (sur la deuxième IRM) la tendinopathie n'est pas en relation de causalité certaine ou vraisemblable avec l'accident.

4.2. *Si des séquelles de cet accident peuvent être au moins prouvées selon le degré de la vraisemblance prépondérante, des maladies, des états préexistants maladifs ou d'autres états étrangers à l'accident jouent-ils aussi un rôle ? Dans l'affirmative, de quoi s'agit-il ? Importance en %.*

La condition psychosociale joue actuellement un rôle probablement déterminant.

4.3. *Pour autant que des maladies, des états préexistants maladifs ou, d'autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs selon chiffre 4.2 soient incriminés, peut-on considérer que le statu quo ante (même état qu'avant l'accident) ou le statu quo sine (même état que celui qui serait vraisemblable si la pathologie ou l'état préexistant avait suivi un cours irréversible et progressif, sans l'intervention de l'accident) a été retrouvé avec vraisemblance prépondérante ou à quel moment sera-t-il atteint ?*

Il est très difficile de répondre à cette question.

La cause des douleurs persistantes au moment de l'intervention de 2009 n'est pas connue.

Actuellement nous sommes dans une situation après une intervention chirurgicale ayant provoqué une aggravation sans qu'une cause organique à cette aggravation ait été identifiée.

Il n'y a pas de retour au statu quo ante.

En ce qui concerne la notion de statu quo sine la présence d'une maladie articulaire évolutive n'a pas été identifiée.

4.4. *Le comportement de l'assuré sur le plan physique et psychiatrique aggrave-t-il consciemment ou inconsciemment les conséquences de l'accident ?*

Le comportement n'aggrave pas les conséquences de l'accident, nous constatons cependant qu'il n'y a que peu d'éléments objectifs clairs pour expliquer l'importance des douleurs et la limitation fonctionnelle de l'épaule de H. _____.

Il y a vraisemblablement des facteurs d'amplification et une attitude d'épargne du membre supérieur droit qui sont probablement dus à un processus inconscient.

4.5. *Quel rôle la personnalité de l'assuré joue-t-elle dans le vécu subjectif et l'assimilation de l'accident ?*

Prépondérant.

5. *Incapacité de travail et exigibilité*

5.1. *Comment appréciez-vous globalement l'incapacité de travail découlant de cet accident dans l'activité de fromager exercée jusqu'à présent par l'assuré ?*

Si les activités sont effectuées en dessous de l'horizontale de plan des épaules avec des charges n'excédant pas 5-10 kg, l'activité peut être pleine sans diminution de rendement.

Il n'est en effet pas souhaitable de solliciter une telle épaule au-dessus de 90° d'abduction.

5.2. *Quelle serait l'incapacité de travail dans une autre activité raisonnablement exigible compte tenu des suites de cet accident ?*

Cf. 5.1.

5.3. *Quelles contraintes physiques ou psychiques sont encore exigibles lorsque l'assuré accomplit les fonctions suivantes : Soulever et porter des*

charges — Positions prolongées assise et debout — Marcher, monter des escaliers — Conduire un véhicule ? Durée de travail journalière et hebdomadaire max. en heures (en tenant compte des limitations ci-dessus), que l'on peut encore exiger ? Comme se justifie la limitation de la durée de travail ? Des pauses additionnelles sont-elles nécessaires? Dans l'affirmative, à quels intervalles et après quelles contraintes physiques ?

Cf. 5.1.

5.4. *Peut-on tenir pour vraisemblable l'apparition de phénomènes d'adaptation et d'accoutumance ? Le cas échéant dans quel laps de temps et dans quelle mesure ceux-ci entraîneront-ils une augmentation de la capacité de travail ?*

Non en fonction de la problématique psychosociale.

6. Traitement médical

6.1. *Les suites de cet accident nécessitent-elles encore un traitement médical ? Serait-il approprié et apte à améliorer sensiblement l'état de santé de l'assuré ? Dans l'affirmative, en quoi consiste-t-il et quel est votre pronostic quant à l'évolution future du cas et à la capacité de travail ? Ce traitement ultérieur se justifierait pour combien de temps ?*

Nous ne sommes pas partisans d'une nouvelle arthroscopie de l'épaule droite chez H._____, nous pensons qu'une rééducation visant au centrage de son épaule en développant les abaisseurs extrinsèques et intrinsèques devrait l'améliorer il faudrait bien sûr pour cela obtenir une collaboration optimale de H._____.

6.2 *Si une incapacité de travail totale ou partielle résulte de cet accident, des mesures médicales sont-elles susceptibles d'améliorer sensiblement l'état de santé de l'assuré ou d'éviter une notable péjoration ? L'assuré nécessitera-t-il constamment un traitement médical et des soins pour le maintien de sa capacité de travail résiduelle suite à cet accident ? Le cas échéant, dans quelle mesure et durant combien de temps ?*

Cf. 6.1.

7. Invalidité

7.1. *Si l'état est stabilisé, subsiste-t-il une invalidité (incapacité partielle ou totale de gain présumée permanente ou de longue durée) des suites de l'accident ? Le cas échéant, en quoi consiste-t-elle et de quelle façon devrait-elle se répercuter dans les différentes fonctions de l'activité professionnel de l'assuré en tant qu'enseignant ou dans une autre activité raisonnablement exigible (au besoin après une réadaptation professionnelle) ?*

Les activités en dessus de l'horizontale et avec charges ne sont plus exigibles.

7.2. *Le ou les handicaps peuvent-ils être compensés par une organisation différente du travail ou par des moyens auxiliaires seraient justifiés ?*

Il apparaît que l'adaptation du poste de travail qui avait été proposée à H._____ devrait pouvoir lui permettre une reprise, toutefois ceci reste à évaluer sur le lieu de travail.

7.3. *Peut-on tenir pour vraisemblable l'apparition de phénomènes d'adaptation et d'accoutumance ? Si oui, dans quelle mesure et dans quel intervalle de temps pourrait intervenir l'augmentation prévisible de la capacité de travail ?*

Cf. 5.4.

8. Névrose

Pensez-vous qu'une indemnité en capital (selon les articles 23 LAA et 35 OLAA) serait susceptible d'aider l'assuré à se libérer des séquelles psychiques de l'accident ? Si non, quels sont les motifs qui s'y opposent ?

Cela ne modifierait pas la capacité de travail objective dans une activité adaptée.

9. Atteinte à l'intégrité

Les suites de cet accident entraînent-elles une atteinte durable et importante à l'intégrité physique (atteinte physique et/ou mentale) ? Dans l'affirmative, en quoi consiste cette atteinte à l'intégrité et quelle est son ampleur (selon annexe 3 OLAA et barèmes détaillés) ? Pour l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, il faudra tenir compte équitablement d'une éventuelle aggravation prévisible et mentionner séparément (en pourcentage) la part éventuelle revenant aux facteurs étrangers à l'accident.

Par analogie une périarthrite moyenne (table 1 de la SUVA), donc 10%.

10. Propositions, remarques ?

--- ».

L'assuré a fait l'objet d'une surveillance par un détective du 29 juin au 23 juillet 2010. Le rapport du 10 mars 2011 mentionnait en particulier que le 29 juin 2010, l'assuré avait ouvert le coffre de la voiture avec sa main droite et après avoir sorti plusieurs sacs à commission avec la main gauche, avait refermé le coffre avec la main droite. Un extrait du DVD produit par l'assurance montre effectivement l'assuré le bras levé à la verticale, la main posée sur le coffre d'une voiture.

Le 5 avril 2011, l'assurance a rendu une décision, selon laquelle elle cesserait ses prestations au 28 février 2011 s'agissant du traitement médical, celui-ci n'étant pas lié à un diagnostic en lien de causalité avec l'accident. Elle a également mentionné qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail en lien avec l'accident, mais que l'indemnité journalière serait encore versée jusqu'au 30 juin 2011 afin de permettre le réentraînement au travail dans l'entreprise de l'employeur. S'agissant de la rente d'invalidité LAA, l'assurance a retenu que cette question n'avait pas à être examinée puisque si les activités en dessus de l'horizontale et avec des charges n'étaient plus exigibles, toutes autres activités demeuraient possibles.

Le 6 mai 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision, soutenant que les atteintes à sa santé et son incapacité de travail durable étaient en lien direct avec l'accident. Il relevait en outre souffrir d'un trouble somatoforme douloureux et avoir droit à une rente.

Le 20 juillet 2011, l'assurance a rendu une décision remplaçant celle du 5 avril 2011, confirmant la cessation des versements des prestations à compter du 28 février 2011 s'agissant du remboursement des frais médicaux ainsi que le versement des indemnités journalières jusqu'au 30 juin 2011, précisant que ce versement était effectué à bien plaisir, l'assurance estimant que les douleurs ressenties n'étaient plus en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. Elle confirmait également le versement d'une indemnité pour atteinte à

l'intégrité (ci-après : IPAI) à hauteur de 10'680 fr. - déjà prévue dans la décision initiale du 5 avril 2011 - et réclamait en outre à l'assuré la restitution des indemnités journalières versées depuis le 1^{er} août 2010, soit un montant de 35'146 fr. compensé avec le montant de l'IPAI de 10'680 fr., la somme due s'élevant finalement à 24'466 francs. L'assurance précisait enfin que la question de la rente d'invalidité n'avait pas été examinée dans la mesure où toute activité professionnelle ne nécessitant pas le port de charges excédant 10 kg et les activités au-dessus de l'horizontale pouvaient être exigées.

Le 12 août 2011, l'assuré a déposé un « recours » auprès de l'assurance contre la décision du 20 juillet 2011, concluant à ce que les prestations LAA continuent à lui être versées, d'une part, et à ce qu'il ne soit pas tenu de restituer les indemnités journalières réclamées, d'autre part. L'intéressé n'a pas remis en cause le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, à hauteur de 10%.

Dans une expertise privée du 25 novembre 2011 adressée au conseil de l'assuré, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a décrit l'accident comme suit :

« Accident professionnel le 17.08.2007. Lors de cet accident, il a reçu sur l'épaule droite, alors qu'il avait les deux bras en élévation, une meule de fromage de 35 kg ».

Le Dr F._____ a posé le diagnostic suivant :

« Epaule droite fonctionnellement déficitaire et très douloureuse sur status après contusions le 17.08.2007 avec lésion de la partie supérieure du labrum au niveau de l'insertion du long chef du biceps (SLAP II).
Status après stabilisation du labrum antérieur et supérieur de l'épaule droite par voie arthroscopique 14 mai 2009 ».

S'agissant de l'arthro-IRM de juin 2008, le Dr F._____ s'est prononcé comme suit (sic) :

« **Commentaires :**

Comme mentionné, le Dr P. _____ décrit : « Troubles dégénératifs modérés au niveau de l'articulation acromio-claviculaire. Léger impingement sous-acromial, sans arguments pour une déchirure ou tendinopathie significative du muscle sus-épineux. Possible discrète lésion du labrum supérieur, dans le sens d'une dégénérescence, mais sans argument pour une déchirure ». J'aimerais apporter les commentaires suivants à ces conclusions. Tout d'abord, au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, il est souvent décrit de petites irrégularités de surface qui font poser le diagnostic de troubles dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire. Je pense que ces images ne peuvent être retenues comme un argument dans le sens de lésions dégénératives car ce type d'image se trouve pratiquement dans tous les examens d'arthro-IRM des épaules. Par ailleurs, le patient n'émet pas de douleurs à ce niveau-là et à l'examen clinique, le body cross est négatif, ainsi, au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, je pense qu'il ne faut pas retenir le diagnostic de lésions dégénératives de cette articulation.

Le Dr P. _____ décrit : « Possible discrète lésion de labrum supérieur, dans le sens d'une dégénérescence mais sans argument pour une déchirure ». Il y a deux points à relever quant à ces conclusions. Le premier est que, une lésion de type SLAP est une lésion d'étiologie traumatique (voir paragraphe causalités). Il n'est donc pas correct de décrire dans le sens d'une dégénérescence puisqu'une étiologie de type dégénérative est exceptionnelle pour ce genre de lésion et ne survient que chez la personne âgée dans le cadre de lésions dégénératives généralisées de l'épaule.

Le Dr P. _____ affirme également « sans argument pour une déchirure ». La littérature médicale montre que l'arthro-scanner n'est positif que dans 50 % des cas et que l'IRM quant à elle n'est positive que dans moins de 40% des cas et que le diagnostic final ne peut être posé que par l'arthroscopie [...]. Ainsi, si l'on peut dire qu'il n'y a pas d'image de lésions SLAP, on ne peut pas affirmer qu'il n'y a pas de lésions SLAP.

Le Dr T. _____, dans le cas de H. _____ a montré, lors de l'arthroscopie du 14.05.2009, la présence d'une lésion SLAP. Voir copie de la photo prise lors de cette arthroscopie.

Les lésions SLAP représentent une pathologie qui est relativement récente, puisqu'elle a été décrite pour la première fois en 1985 par Andrews. La connaissance d'une pathologie s'est faite grâce au développement de l'arthroscopie de l'épaule. Selon l'importance de la lésion, on les classe en 4 types :

Lésion type 1 : Le bourrelet supérieur est effiloché

Lésion type 2: Avulsion du bourrelet supérieur et de l'insertion du tendon du long chef du biceps.

Lésion type 3 : Lésion en anse de seau du bourrelet supérieur.

Lésion type 4 Lésion d'arrachement du tendon du long chef du biceps, associée à une désinsertion large du bourrelet.

La lésion SLAP II est la lésion la plus courante, estimée à 55% des cas selon Maffret, Gratsman 1995.

Ces lésion sont traumatiques, sauf chez la personne âgée où elles peuvent être dégénératives (voir ci-dessus). Ces lésions résultent de 3 mécanismes possible :

- 1) Une traction lors du mouvement du lancer.
- 2) Une compression du tendon du long chef du biceps par la tête humérale lors d'une chute sur la main avec le bras tendu en avant pour parer une chute.
- 3) Arrachement du bras en abduction rotation-externe et rétropulsion ».

En ce qui concerne la causalité, le médecin a écrit ceci :

« **Causalités :**

A mon avis, l'état actuel de l'épaule droite est directement en relation avec l'accident du 17.08.2007. En effet, le mécanisme de l'accident, soit la réception d'une meule de fromage de, 35 kg, tombée d' 1 1/2 mètre, directement sur la face supérieure de l'épaule droite alors que le patient avait les bras en élévation, explique bien la lésion SLAP qui a été mise en évidence lors de l'arthroscopie du 14.05.2009. Par ailleurs, cet accident est adéquat, dans le sens où la réception de cette meule de 35kg tombée d'1 1/2 mètre explique bien l'importance de la lésion trouvée dans l'articulation de l'épaule droite.

Si on se réfère au mécanisme de cet accident, il correspond au 2^{ème} mécanisme décrit pour une lésion SLAP. Je rappelle qu'il s'agit d'une compression du tendon du long chef du biceps par la tête humérale lors d'une chute sur la main avec le bras tendu en avant pour parer la chute. Donc une compression de bas en haut. Dans le cas de H._____, le mouvement s'est fait de façon inverse, c'est-à-dire que c'est la voûte acromio-claviculaire qui s'est abaissée, après la réception de la meule sur la face supérieure de l'épaule, contre la tête humérale, écrasant entre les deux, le tendon et plus précisément l'insertion du tendon du long chef du biceps.

Je peux donc dire que la lésion SLAP II que le patient a subi le 17.08.2007 est une lésion post-traumatique. J'affirme également que l'état actuel de l'épaule droite de H._____ est directement en relation avec l'accident du 17.08.2007. Aucune considération de lésion dégénérative ne peut être retenue pour être la cause de l'état actuel de l'épaule droite de H._____ ».

Le Dr F._____ a récapitulé les incapacités de travail de l'assuré comme suit :

« **Incapacité de travail :**

Tableau récapitulatif des périodes et taux d'incapacité de travail donné par l'assurance LAA O._____ :

- 100% du 20.08.2007 au 24.08.2007
- 100% du 13.09.2007 au 23.09.2007
- 100% du 04.03.2008 au 25.03.2008
- 50% du 26.03.2008 au 04.05.2008
- 100% du 20.02.2009 au 15.03.2009
- 50% du 16.03.2009 au 10.05.2009
- 100% depuis le 11.05.2009 au indéterminé ».

S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le Dr F. _____ a exposé qu'elle était de 40% dans un travail sans travaux lourds, sans port de charges et sans travaux à hauteur d'épaule et au-dessus.

Le 2 février 2012, l'assurance a interpellé le Centre M. _____, lui transmettant le rapport d'enquête du détective et celui du Dr F. _____ et sollicité ses déterminations.

Un complément d'expertise orthopédique a eu lieu au Centre M. _____ le 26 juillet 2012. Le rapport du 3 octobre 2012 des Drs L. _____ et R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a décrit l'accident comme suit :

« Histoire médicale actuelle selon l'exertisé(e) :

H. _____ nous a confirmé à plusieurs reprises qu'il avait les deux mains placées en l'air pour prendre un fromage sur un rayon se trouvant au-dessus de sa tête.

Le fromage était glissant. Il a ensuite fait tomber le fromage sur son épaule droite.

Au moment du choc, la main n'était pas appuyée, mais se trouvait en élévation. Il a ressenti des douleurs immédiates au niveau de l'épaule droite ».

Ce rapport se termine comme suit :

« SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale :

H. _____ est un assuré kosovar de 27 ans, en Suisse depuis 2001, célibataire sans enfant. Il est sans formation professionnelle et a travaillé en Suisse dans une fromagerie.

Le 17.08.07 il a été victime d'un accident, il y a eu contusion par choc direct en recevant un fromage de 35 kg sur l'épaule droite le 18.08.2007.

Les douleurs sont immédiates, le traitement consiste dans un premier temps en médicaments et physiothérapie qui amène une amélioration partielle permettant une reprise de travail. L'adaptation du poste de travail permet également le maintien de l'activité professionnelle, mais il y a itérativement des crises plus douloureuses entraînant des nouveaux traitements d'injections et de physiothérapie, des incapacités de travail transitoires.

Suite à une exacerbation des douleurs, le Dr T. _____ fait procéder à une arthro-IRM révélant une Slap lésion, conduisant à une

arthroscopie pour refixation du bourrelet glénoïdien supérieur et antérieur par 3 ancres.

L'intervention péjore la situation, H._____ se plaint dès lors de douleurs invalidantes, la physiothérapie, des traitements médicamenteux et par injections et un séjour à [...] n'ont pas amélioré la situation.

Lors de l'évaluation interdisciplinaire à la Clinique V._____ en décembre 2009 il sera retenu un diagnostic de douleurs persistantes de l'épaule, amplifiées après une arthroscopie avec manifestement une évolution vers un processus d'invalidation dans lequel des facteurs psychosociaux jouent un rôle non négligeable. Un examen clinique et un ENMG n'apporteront pas la preuve d'une atteinte neurologique, notamment radiculaire ou du plexus brachial à l'origine des troubles décrits au niveau du membre supérieur droit. Il n'a pas été retenu d'affection psychiatrique.

Ultérieurement, H._____ va s'adresser au Dr G._____, neurochirurgien qui fera pratiquer une IRM cervicale et adressera l'assuré au Dr X._____, neurologue.

L'IRM cervicale s'avérera normale. Au terme de son examen clinique et électrophysiologique, le Dr X._____ conclura à l'absence d'atteinte neurologique significative avec un ENMG totalement normal tant à la recherche d'une atteinte radiculaire que du plexus brachial ou tronculaire.

Situation actuelle et conclusions :

La réévaluation actuelle est motivée par une différence d'appréciation entre l'expertise Centre M._____ du 18.02.2011 et une expertise réalisée ultérieurement par le Dr F._____.

La différence principale entre ces deux expertises est la suivante :

- L'expertise Centre M._____ n'accepte pas le rapport de causalité entre l'accident et la lésion SLAP.
- Le Dr F._____ accepte le rapport causal entre la lésion Slap et l'accident.

O._____ nous demande de commenter ces différences.

Nous avons demandé à revoir le patient car le Dr F._____ disposait de renseignements supplémentaires (photos peropératoires), différents (mécanisme traumatique).

Nous apprenions également que les prestations avaient été suspendues suite à une filature avec vidéo, éléments non connus lors de la précédente expertise.

LA RÉÉVALUATION ACTUELLE APPORTE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS

1) Il n'a pas été possible d'avoir des précisions sur la position du membre supérieur droit lors de l'accident, notamment sur la position du membre supérieur au moment de l'impact.

Le mécanisme accidentel exact reste donc peu clair et nous ne pouvons donc pas être aussi formels que dans le texte précédent.

Il reste possible que l'impact de la meule se soit produit sur l'extrémité proximale du bras, ceci en flexion abduction.

2) Avant l'opération, nous avons tenu compte d'une reprise de travail avec une activité proche de l'activité précédente ce qui n'était pas le cas. Le poste de travail avait été considérablement allégé et on ne peut pas dire que l'on était revenu à une situation peu ou pas symptomatique.

3) Les photographies peropératoires ne montrent à notre avis pas une lésion Slap II typique. Une partie de l'évaluation est basée sur la stabilité de l'ancrage du tendon du biceps, ce qui ne peut pas être vu sur des images fixes puisqu'il s'agit d'un examen dynamique.

4) En post opératoire, il y a eu un phénomène dystrophique, documenté par les radiographies successives, qui est probablement à l'origine des violentes douleurs observées et de la mauvaise évolution post-opératoire.

5) La question du rapport de causalité entre l'accident et la lésion Slap perd de l'importance, car finalement, au moment de l'opération, la situation n'était pas revenue au niveau d'un éventuel état antérieur, et elle s'est encore aggravée par la suite.

6) La situation imparfaite sur le plan psychosocial joue certainement un rôle négatif dans l'évolution.

7) Nous sommes d'accord avec le Dr F. _____ lorsqu'il indique que tout traitement invasif doit être évité et qu'une amélioration est possible avec le temps.

On ne devrait donc pas fixer une atteinte à l'intégrité actuellement, mais attendre un à deux ans ».

Le 12 mars 2013, l'assurance a remis ce complément d'expertise à l'assuré, expliquant que ce complément ne pouvait pas être retenu. Elle estimait qu'il se fondait sur un état de fait erroné puisque selon elle, il convenait de retenir que l'intéressé avait reçu le fromage sur son épaule alors qu'il n'avait pas recherché à le retenir, donc partant, que son bras n'était pas en extension.

Dans un courrier du 23 juillet 2013 au conseil de l'assuré, le Dr T. _____ a indiqué suivre l'intéressé depuis 2008 et l'avoir revu le même jour. Il a précisé que l'examen clinique montrait une amyotrophie du tour du bras droit de 2,5 cm par rapport au bras gauche, ce qui témoignait clairement d'une non utilisation chronique du membre supérieur droit chez ce patient droitier. Selon ce médecin, l'assuré souffrait de séquelles de l'accident de 2007 que la chirurgie n'avait pas pu résoudre. Il estimait que

la situation était superposable à celle décrite par le Dr F. _____ dont il partageait entièrement les conclusions.

L'assurance a confié une expertise au Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, effectuée le 17 décembre 2013. Le rapport d'expertise daté du 16 avril 2014 contient les passages suivants :

« **Anamnèse actuelle :**

[...]

Le 18.08.2007, il se trouvait dans la cave à fromages de son lieu de travail. Il était en train de disposer un fromage de 36-37 kg sur une étagère située à une hauteur de 1.70 mètre. Le fromage était mouillé et donc particulièrement glissant. Lorsqu'il se trouvait sur l'étagère et que le patient avait redescendu ses mains, le fromage s'est mis à glisser (sic) pour tomber de l'étagère. Le patient a tenté de le rattraper avec ses deux mains mais le bord du fromage a heurté la face antéro-supérieure de son épaule droite.

Au moment de l'impact, le coude droit était légèrement écarté du corps. Il n'y a pas eu de mouvement extrême de l'épaule droite ni de déboîtement.

[...]

Actuellement, le patient ne suit plus de traitement particulier hormis des exercices personnels à domicile.

Il prend régulièrement du Dafalgan et en cas de fortes douleurs du Tramal.

Il passe ses journées à la maison sans rien faire. Il déclare avoir cherché du travail en fromagerie, mais n'a pas trouvé d'engagement avec un rendement réduit. Idéalement le patient souhaiterait retrouver une activité professionnelle adaptée dans une fromagerie lui permettant de ménager son membre supérieur droit et de travailler principalement avec le membre supérieur gauche sur un plan de travail rabaissé avec un rendement à 40% tout en touchant une rente d'invalidité de 60%. Lorsqu'on lui demande s'il se sentirait capable de travailler à temps complet et avec un rendement complet sur un plan de travail rabaissé, sans effort lourd dans l'industrie légère, le patient répond qu'un tel poste serait difficile à trouver car il doit régulièrement mettre sa main droite dans la poche ou l'accoler au corps pour reposer le membre supérieur droit.

Douleurs permanentes cotées entre 5 et 10 sur une échelle allant de 1 à 10, relativement diffuses de l'épaule droite et de l'omoplate droite, irradiant proximale dans la nuque et distalement dans le bras jusque dans les doigts de la main droite. Les douleurs sont exacerbées à l'effort, à la mobilisation du bras en hauteur, mais également lorsqu'il le tient pendu le long du corps plus de 2

minutes. Les douleurs le réveillent plusieurs fois chaque nuit et l'empêche de dormir sur le côté droit. L'intensité des douleurs diminue avec le Tramal, mais pas de façon significative avec le Dafalgan.

Il peut encore se brosser les dents avec la main droite mais utilise la main gauche pour se laver les cheveux.

Status :

Patient en bon état général, pesant 69 kg et mesurant 177 cm.

Pendant l'entretien, le patient se montre toujours calme et souriant, sans signe extérieur de souffrance.

Il utilise normalement sa main pour la salutation, pour s'habiller et se déshabiller, mais pendant l'entretien le membre supérieur droit était le plus souvent posé sur la cuisse droite.

Les deux épaules sont à niveau lorsqu'on lui demande de se tenir droit. Pas de déviation du rachis dans le plan frontal. Pas de gibbosité. Pas d'évidence de décollement des omoplates, notamment lors d'un appui facial contre un mur qui est correctement effectué. Pas d'amyotrophie de la ceinture scapulaire. Les fosses sus et sous-épineuses ainsi que les deltoïdes sont bien développées ddc avec peut-être une très discrète diminution du volume du deltoïde droit par rapport au gauche.

Périmètre du bras : 27 cm à droite et 28.5 cm à gauche. En regardant de plus près, on a l'impression que la différence se fait surtout au dépens du corps musculaire du biceps brachial à droite, un peu moins développé qu'à gauche.

Périmètre de l'avant-bras : 26 cm ddc.

Périmètre du métacarpe des doigts longs : 21 cm ddc.

La colonne cervicale est normalement mobile et indolore dans tous les plans, sans irradiation dans les membres supérieurs. Distance menton-sternum 0/22 cm. Pas d'évidence de contracture musculaire paravertébrale, ni des trapèzes. La palpation du corps musculaire des trapèzes est plus sensible à droite qu'à gauche.

La percussion de toutes les saillies osseuses du sternum, de la clavicule droite, de l'acromion et de la crête de l'omoplate, du bord de l'omoplate, de l'épitrôchlée, de l'épicondyle, de la styloïde radiale ainsi que du métacarpe de la main droite est douloureuse. Les percussions osseuses sont indolores à gauche. Les percussions osseuses de la main droite ainsi que la compression transverse du métacarpe des doigts longs ne provoquent pas uniquement des douleurs au niveau de la main, mais également dans l'épaule droite.

La palpation profonde des loges musculaires sus-épineuses, sous-épineuses et des corps musculaires du deltoïde, du biceps et du triceps droit est considérée comme nettement plus sensible qu'à gauche. La palpation de l'espace sous-acromial antérieur et latéral est douloureuse à droite et indolore à gauche.

Mobilité des deux épaules : passivement, on obtient une élévation (abduction ou flexion) complète et symétrique des deux épaules au

prix de quelques protestations de la part du patient. Quand on lui demande ensuite de maintenir son épaule droite en élévation maximale, il peut le faire pendant quelques secondes, puis laisse retomber son épaule en déclarant que le passage de l'angle droit était douloureux.

Quand on lui demande d'élever activement son épaule droite sans aide, il déclare ne pas pouvoir aller plus haut que l'horizontale.

En visualisant le DVD de surveillance du 29.06.2010, on remarque qu'à 17:09:05-06, le patient fait rapidement et sans aucun signe de souffrance une élévation de l'épaule droite de l'ordre de 100° pour refermer le haillon de sa voiture. Ceci est parfaitement incohérent avec ses plaintes et le status lors de l'examen clinique.

Rotations externes-internes des deux épaules 50-0-D6 ddc. La force d'abduction, de rotation externe et de rotation interne des deux épaules est quasiment symétrique lorsqu'on le stimule de la voix. Il en va de même avec les forces de flexion et d'extension des deux coudes.

Pas d'appréhension particulière dans les mouvements luxants ddc. Les signes de provocation à la recherche d'un conflit sous-acromial sont peu reproductibles et difficilement interprétables à droite, mais en général bien tenus. Pas de laxité pathologique acromio-claviculaire ddc.

Force de préhension au dynamomètre : pince digito-palmaire 20 kg à droite et 46 kg à gauche; pince pollici-digitale 8 kg à droite et 11.5 kg à gauche. Les valeurs répétitives à droite sont caractérisées par une grande dispersion.

[...]

Diagnostic(s) :

- Syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit, sans substrat anatomique objectivable.
- Status après réinsertion arthroscopique du labrum supérieur de l'épaule droite le 14.05.2009 avec guérison anatomique.
- Status après contusion antéro-supérieure de l'épaule droite et violente flexion de l'épaule et du coude droit contre résistance le 17.08.2007 avec lésion labrale de type SLAP II.

REPONSES AUX QUESTIONS :

I Généralités :

1.1. Anamnèse ?

Cf ci-dessus.

1.2. Plaintes subjectives ?

Cf ci-dessus.

1.3. Constatations objectives ?

Cf ci-dessus.

1.4. Les troubles subjectives (sic) (plaintes) peuvent-ils être fondés par vos constatations objectives ?

Non, les constatations objectivables sont parfaitement incohérentes avec les plaintes subjectives (cf ci-dessous).

1.5. Diagnostic ?

Cf ci-dessus.

II Causalité :

6. L'état somatique est-il une conséquence naturelle du sinistre du 18.08.2007 de façon certaine, vraisemblable ou possible ?

La première expertise du Centre M._____ a conclu à un lien de causalité naturelle insuffisant entre la lésion de type SLAP et l'action vulnérante car le mécanisme relève plutôt d'un déplacement de la tête humérale vers le bas que vers le haut.

L'expertise du Dr F._____ a par contre conclu à un lien de causalité naturelle vraisemblable par pincement de l'espace sous-acromial lors d'un abaissement traumatique de l'acromion vers la tête humérale.

La 2e expertise du Centre M._____ a relativisé les conclusions de la 1ère en retenant finalement une action vulnérante peu claire et l'absence de retour au statu quo sine.

Tous les experts s'accordent cependant pour préconiser une abstention thérapeutique et la reprise d'un travail avec un temps partiel ou un rendement diminué.

La contusion acromio-claviculaire droite prise isolément ne devait pas être très importante en l'absence de fracture ou d'entorse acromio-claviculaire ni de contusion osseuse visible à l'IRM et le rôle de cette contusion me semble dans ce cas relativement secondaire. De surcroît, un choc sur l'acromion ne provoque pas de pincement sous-acromial sauf si le coude est calé, ce qui n'était pas le cas ici. A mon avis, l'action vulnérante reste principalement une violente contraction du biceps droit pour tenter de rattraper la lourde meule de fromage avant qu'elle ne tombe. Cette contraction s'est faite dans un mouvement combiné de flexion de l'épaule et du coude droit contre résistance et l'on peut très bien imaginer qu'une forte contrainte s'est produite sur le court, mais également le long chef du biceps avec une force suffisante pour entraîner l'arrachement de l'insertion labrale de ce dernier. Le mécanisme de l'accident tel que décrit actuellement par le patient en présence d'un interprète neutre est approprié pour expliquer la lésion labrale qu'il a subi. Bien entendu ces lésions se retrouvent également sans notion de traumatisme, de façon purement dégénérative, mais alors chez un collectif de patients classiquement plus âgés.

L'importante extension des plaintes du patient après l'accident pourrait être expliquée par une capsulite rétractile elle-même réactivée après la refixation arthroscopique du labrum, dans un contexte psychosocial probablement défavorable. Sur le plan strictement anatomique, l'évolution fut ensuite favorable vu que l'on ne retrouve aujourd'hui plus de signe de capsulite rétractile de l'épaule droite avec une élévation passive complète et symétrique par rapport à l'autre épaule.

Sur le plan subjectif, la persistance des douleurs, d'une diminution de la force et de la limitation active est par contre beaucoup plus difficile à expliquer avec de nombreuses incohérences flagrantes entre l'extension des plaintes du patient et les constatations réellement objectivables. Le rôle de facteurs non somatiques est manifestement devenu prépondérant et actuellement fortement prépondérant, voire exclusif. Dès lors on peut raisonnablement admettre que le statu quo sine a du être retrouvé, sans toutefois pouvoir le dater rétrospectivement avec précision.

Finalement, j'ai l'impression que le patient sous-estime fortement les possibilités de son membre supérieur droit et sa capacité de travail. Une activité professionnelle légère sur un plan de travail rabaisé me semble dans tous les cas être exigible même à 100% (durée et rendement).

6.1. Des facteurs étrangers à l'accident jouent-ils un rôle ? Si oui, lesquels et dans quelles mesures ?

Il n'y a probablement pas de facteur étranger somatique qui joue un rôle dans ce cas mais manifestement des facteurs étrangers non somatiques comme décrits plus haut.

En cas de réponse précédente affirmative :

6.1.1. Le sinistre du 18.08.2007 a-t-il entraîné une aggravation des facteurs étrangers à l'accident de façon sensible et durable ou seulement de façon passagère ?

Les examens radiologiques, notamment les radiographies et l'IRM faites en 2010, ont permis d'attester une guérison sans séquelle anatomique objectivable ne permettant pas de corroborer l'extension dramatique des plaintes subjectives résiduelles. La vidéo surveillance que j'ai pu visualiser montre que ce patient utilise ses épaules de façon harmonieuse, sans aucun signe extérieur de gêne quelconque ni de latéralisation. Même les efforts en élévation sont harmonieux comme par exemple lorsqu'il ferme le haillon de sa voiture avec la main droite. L'incohérence est hautement significative.

La limitation fonctionnelle de l'épaule droite consignée dans l'expertise du 26.07.2012 ne se retrouve pas au status aujourd'hui, parlant manifestement contre une aggravation durable de l'état de santé et en faveur de l'intervention de facteurs extérieurs non somatiques.

6.1.2. S'il s'agit d'une aggravation transitoire due à l'accident, à partir de quel moment le statu quo ante ou statu quo sine sera-t-il de nouveau atteint ?

Sur le plan strictement anatomique, on peut raisonnablement partir du principe que le statu quo sine est actuellement atteint. Il est peut-être même atteint depuis 2010, mais cela reste toujours très difficile à juger rétrospectivement.

Entre 2010 et 2013, les troubles non somatiques ont pris le relais des troubles somatiques.

6.1.3. S'il s'agit d'une aggravation durable, comment appréciez-vous le degré et la durée de l'incapacité de travail causée par l'accident ?

Sans objet, vu que le statu quo sine des troubles objectivables a dû être retrouvé entre 2010 et 2013.

III Incapacité de travail :

7.1. Activité habituelle d'aide-fromager

7.1.1. A quel degré évaluez-vous l'incapacité de travail actuelle et passée, causée par l'événement de la personne assurée dans son activité habituelle ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

7.1.2. Dans quelles activités liées à l'exercice de sa profession et dans quelle mesure la personne assurée subit-elle une limitation consécutive à l'événement ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

7.1.3. A quel degré et pour quelle durée évaluez-vous globalement l'incapacité de travail causée par l'événement de la personne assurée dans son activité habituelle ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

7.2. Activité de remplacement

7.2.1. Un changement d'activité professionnelle permettrait-il d'améliorer la capacité de travail ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

7.2.2. Si oui, quelles seraient les activités particulièrement adaptées et exigibles qui permettraient de réduire l'incapacité de travail ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

IV Etat définitif

8.1. L'état définitif peut-il être considéré comme atteint ou un traitement médical est-il encore nécessaire ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

8.1.2. Pour obtenir une amélioration notable de l'état de santé et/ou une augmentation de la capacité de gain ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

8.1.3. Pour éviter une notable aggravation de l'état de santé actuel ? Cas échéant, quel traitement médical conseillez-vous ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

V Atteinte à l'intégrité

9.1. Les seules lésions dues à l'événement ont-elles provoqué une atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou mentale de la personne assurée ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

9.2. Si oui, en quoi consiste cette atteinte à l'intégrité physique et à quel degré l'évaluez-vous sur la base de l'annexe 3 OLAA et des tables de la SUVA ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

VI Invalidité

10. En tenant compte des seules séquelles de l'accident du 18.08.2007 dans quelle mesure l'assuré n'est-il plus capable d'exercer d'une manière durable son activité d'aide-fromager ? Si oui, dans quelles tâches particulières et sous quelle forme l'atteinte se manifeste ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

11. En tenant compte des seules séquelles de l'accident, l'assuré est-il en mesure d'exercer un travail dans une activité adaptée ? Si oui, dans quelle mesure une telle activité est exigible ?

Sans objet vu que le statu quo sine des troubles objectivables est retrouvé.

VII Autre

12. Pronostic ?

Sans objet vu que le *statu quo sine* des troubles objectivables est retrouvé.

13. Remarques ?

Sans objet vu que le *statu quo sine* des troubles objectivables est retrouvé. »

Le 14 mai 2014, l'assurance a transmis à l'assuré l'expertise du Dr Q._____, relevant qu'il n'avait pas été tenu compte de la première version de l'événement et que juridiquement, il n'y avait pas lieu d'en retenir une autre. De ce fait, l'assurance informait l'assuré qu'elle était dans l'obligation de demander les modifications que cela entraînerait dans le cadre des conclusions prises. Elle indiquait aussi que le *statu quo ante vel sine* avait été atteint mais voulait savoir quand précisément. Elle constatait également que selon l'expert, les troubles non somatiques avaient pris le pas sur les troubles somatiques et que la vidéo était très éloquente.

Le 27 juin 2014, le Dr Q._____ a répondu comme suit à des questions complémentaires de l'assurance :

« 1. Dans l'hypothèse d'une pure contusion antéro-supérieure du moignon de l'épaule droite par un fromage de 35 kg, sans mouvement actif du membre supérieur droit pour chercher à le retenir limiterait le diagnostic purement post-traumatique à une contusion simple de l'épaule. Le *statu quo sine* aurait alors été retrouvé dans les délais habituelles (sic) d'une contusion simple de l'épaule, soit au maximum après 6 semaines. Il a d'ailleurs pu reprendre son travail à 100% au 01.10.2007.

2. Dans l'hypothèse d'un violent mouvement du membre supérieur droit avec lésion labrale de type SLAP II, la date du *statu quo sine* ne serait retrouvée qu'après la réparation chirurgicale de cette lésion et après que les contrôles cliniques et radiologiques ne montrent plus de substrat anatomique permettant d'expliquer les plaintes subjectives résiduelles, soit à partir de l'année 2010.

Dans cette deuxième éventualité, il faut considérer que l'intervention pratiquée par le Dr T._____ du 14.05.2009 était encore en lien de causalité naturelle avec l'accident.

Dans mon expertise médicale, j'ai en effet estimé que le *statu quo sine* aurait dû être retrouvé entre 2010 et 2013, mais qu'il était difficile à déterminer rétrospectivement une date précise avec certitude. En reprenant le dossier, il me semblerait en effet raisonnable de considérer que le *statu quo sine* a probablement déjà été retrouvé à la date de la vidéo-surveillance, soit le 29.06.2010,

mais cela relève de la vraisemblance prépondérante et non pas de la certitude. »

Par décision sur opposition du 24 novembre 2014, l'assurance a partiellement admis l'opposition de l'assuré en ce sens qu'elle a décidé de la fin de la prise en charge du traitement au 28 février 2011, la fin des indemnités journalières au 30 juin 2011 et la fixation de l'IPAI à 10'680 francs. Elle a en revanche renoncé à demander la restitution des indemnités journalières. Elle a en substance considéré que le lien de causalité naturelle entre les atteintes dont se prévalait l'assuré et l'accident du mois de mars 2007 n'était plus établi au-delà d'un délai de six semaines après l'événement, date à laquelle un *statut quo sine* a été retrouvé et qu'elle était de ce fait en droit de cesser de prendre en charge toute prestation par la suite. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assurance a relevé que l'assuré n'avait pas contesté le montant alloué dans son opposition du 12 août 2011 de sorte que sa décision du 20 juillet 2011 est entrée en force de chose jugée sur ce point.

B. Par acte du 22 décembre 2014, H._____, représenté par Asllan Karaj, a conclu à l'annulation de la décision précitée, ainsi qu'à l'octroi d'une demi-rente AI avec effet rétroactif depuis la date de dépôt de sa demande de rente et à l'allocation d'une IPAI de 20% ; subsidiairement, il a conclu à des mesures d'insertion professionnelle. Il soutient en substance que l'accident de 2007 est en lien de causalité avec les atteintes dont il souffre et que l'assurance a procédé à une instruction des faits arbitraires en ne retenant pas les avis médicaux des Drs F._____, T._____ et Q._____, mais en se basant uniquement sur l'expertise du Centre M._____.

Par réponse du 3 février 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir que les conclusions du recourant relatives à la rente de l'assurance-invalidité et des mesures d'insertion professionnelle sont irrecevables, n'étant pas l'objet de la décision querellée ni même du ressort de l'assurance-accident. L'intimée se prévaut de la jurisprudence relative aux premières déclarations pour justifier son analyse basée sur l'expertise du Centre M._____. S'agissant de la poursuite du versement

des indemnités journalières au-delà du 30 juin 2011 et de la prise en charge du traitement au-delà du 28 février 2011, elle allègue en particulier que l'accident n'est pas la cause de la lésion SLAP et que la tendinopathie n'est pas en relation de causalité avec celui-ci. Elle souligne également qu'il n'existe aucun lien entre le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et l'accident survenu en août 2007. Elle fait valoir que la seule lésion découlant directement de l'accident est la contusion à l'épaule droite et qu'un *statu quo sine* a été retrouvé six semaines après l'accident. Pour ce qui est de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée relève que sa fixation n'a pas fait l'objet de l'opposition du 12 août 2011, de sorte que la décision initiale de l'assurance est entrée en force de chose jugée sur ce point ; elle précise à cet égard que l'IPAI est mentionnée dans la décision rectificative du 20 juillet 2011 uniquement en tant qu'elle compense le montant dû pour le remboursement des prestations versées indûment, auquel elle a finalement renoncé.

Par réplique du 21 février 2015, le recourant confirme ses conclusions. Il soutient que la lésion SLAP est post-traumatique et en relation directe avec l'accident.

Par courrier du 5 mars 2015, l'intimée renonce à duplique, au motif que le recourant n'apporte aucun élément nouveau dans sa réplique.

C. Par courrier du 2 novembre 2016, la juge instructrice a requis de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), la production du dossier AI de l'assuré.

Il en ressort en particulier que l'assuré a déposé une demande de prestations de l'AI tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle en novembre 2009, en raison d'une contusion de l'épaule droite avec atteinte cervicale basse et dorsale haute depuis août 2007.

Par décision du 14 juin 2011, confirmant un projet du 2 mai 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que celui-ci n'avait pas présenté d'incapacité de travail ininterrompue durant

une année et, partant, pas d'invalidité et que son activité auprès de la fromagerie W. _____ avait été adaptée, de sorte que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires.

L'assuré n'a pas recouru contre la décision précitée, au motif que cette décision relevait uniquement de l'assurance-accidents du moment que son invalidité était due à un accident (cf. mémoire de réponse du 3 février 2015, p. 17).

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) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge le traitement médical au-delà du 28 février 2011, ainsi que les indemnités journalières, voire une rente, au-delà du 30 juin 2011.

En revanche, la question du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégré n'est pas l'objet de la décision litigieuse, faute pour le recourant de l'avoir soulevée dans son « recours » du 12 août 2011. Le recourant ne peut pas revenir sur cette problématique dans le cadre du présent recours. Par conséquent, sa conclusion tendant au versement d'une IPAI à hauteur de 20% doit être déclarée irrecevable.

Les conclusions du recourant s'agissant de l'octroi d'une rente AI et de mesures professionnelles sont également irrecevables dès lors qu'elles ne sont pas de la compétence de l'assurance-accident.

3. a) Selon 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. Aux termes de 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.

b) 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

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* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « *post hoc ergo propter hoc* » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être niée (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 126 353 consid. 5b ; ATF 117 V 359 consid. 4a ; TF 8C_976&2912 dz 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accident obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, Vol. XIV, 2^{ème} éd., n. 79, p. 865).

c) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on ajoutera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4). De jurisprudence constante, en présence de déclarations contradictoires de l'assuré sur le déroulement de l'accident, il convient de se rapporter à la maxime qui veut que les déclarations spontanées, dites de la « première heure », sont plus naturelles et authentiques que des représentations ultérieures qui, consciemment ou inconsciemment, peuvent être influencées par des considérations de droit des assurances ou autres. Lorsque l'assuré modifie sa version des faits au fil du temps, les déclarations qu'il a faites peu après l'accident sont le plus souvent plus importantes que celles qu'il a faites après avoir pris connaissance de la décision de refus de l'assurance (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références citées ; TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2 ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4).

d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125

V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, 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 ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références citées).

e) Aux termes de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lieu de causalité fondant le droit à des prestations,

la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TFA U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; TFA U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

4. a) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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 sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert

qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que les 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_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

b) Un médecin dispose des compétences nécessaires pour procéder à une expertise médicale lorsqu'il bénéficie d'une formation spécialisée dans le domaine en question (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.2.3 et les références citées).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement survenu en mars 2007 est un accident professionnel. Le recourant reproche à l'intimée de s'être fondée uniquement sur les expertises du Centre M._____ - en particulier l'expertise du 18 février 2011 - pour apprécier l'existence éventuelle d'une relation de causalité entre les affections dont il souffre et l'accident et d'avoir écarté, sans justification, l'avis des autres médecins et en particulier celui des médecins traitants, lesquels sont pourtant tous de l'avis que l'accident survenu en 2007 est la cause directe de ses lésions. Il soutient notamment que ses conclusions doivent être admises sur la base de l'expertise du Dr Q._____, soutenues par le Dr T._____.

Suite à son accident, le recourant a d'abord consulté son médecin traitant, le Dr S._____, qui l'a envoyé chez le Dr S._____, en octobre 2007. Ce spécialiste en chirurgie orthopédique a diagnostiqué chez l'intéressé une contracture musculaire post-traumatique et lui a prescrit de la physiothérapie et des anti-inflammatoires. Le recourant a ensuite repris le travail et il ne résulte pas du dossier qu'il y aurait eu des

consultations médicales jusqu'au début 2008, lorsqu'il a consulté le Dr B._____, spécialiste en médecine manuelle, sur recommandation du Dr S._____. Le Dr B._____ a diagnostiqué un syndrome vertébral cervical, un syndrome costo-vertébral, une importante lésion au niveau du trapèze supérieur sous forme de trigger-point musculaire, une tendinite du sus-épineux à droite et un syndrome costo-vertébral au niveau D6 à droite, lésions à mettre en liaison avec le traumatisme.

Ce n'est qu'à compter de l'arthro-IRM pratiquée le 23 juin 2008 par le Dr P._____ qu'une potentielle lésion SLAP a été entrevue chez le recourant, lésion qui a ensuite été confirmée par le Dr T._____ en décembre 2008 et qui a justifié l'intervention chirurgicale pratiquée par ce même spécialiste en mai 2009. S'agissant de cette lésion SLAP, il sied de constater que le Dr P._____, spécialiste en neuroradiologie, a considéré qu'elle était d'origine dégénérative et non traumatique. Cette interprétation - soit l'origine dégénérative de la lésion SLAP - est également confirmée notamment par le Dr L._____, expert en chirurgie orthopédique au Centre M._____ dans son rapport du 18 février 2011, qui satisfait au demeurant aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, contrairement à ce que soutient le recourant. Ce spécialiste explique d'ailleurs avec précision les raisons pour lesquelles la lésion SLAP dont souffre l'intéressé ne peut, dans le cas d'espèce, être d'origine traumatique, le mécanisme de l'accident tel que décrit par l'assuré ne pouvant pas conduire à une lésion de ce type.

L'origine dégénérative de la lésion, respectivement son absence de caractère traumatique, est contestée pour la première fois par le Dr F._____ dans son rapport d'expertise privée de novembre 2011, pour qui, compte tenu de l'âge de l'assuré, une lésion de type SLAP ne peut être dégénérative, mais uniquement d'origine traumatique. Cela étant, le Dr F._____ part du postulat qu'au moment de l'accident, le recourant avait les deux bras en élévation, ce qui permet d'expliquer qu'un accident du type de celui subi par l'intéressé ait pu conduire, sur le plan mécanique, à une lésion SLAP.

Or il s'avère que les circonstances de l'accident telles que retenues par le Dr F. _____ - soit le fait que le recourant avait les bras en élévation au moment de l'impact - différent de celles figurant dans les premiers rapports médicaux, dans lesquels il est uniquement fait mention d'une chute d'une meule de fromage sur l'épaule (*cf.* rapport du 27 septembre 2007 du Dr I. _____, rapport du 2 octobre 2007 du Dr S. _____; rapport du 30 avril 2008 du Dr B. _____; lettre du 3 décembre 2008 du Dr T. _____). On relèvera en particulier que le déroulement de l'accident a été décrit avec précision pour la première fois dans le rapport de la Clinique V. _____ du 14 décembre 2009. Il découle de ce rapport que « les circonstances de l'accident [ont été] reprises avec [le recourant] qui confirme les faits », en particulier que le fromage « a glissé d'une étagère directement sur son épaule », sans qu'il n'ait « fait aucun effort pour tenter de le retenir ». Ces faits ont permis aux spécialistes de la Clinique V. _____ de conclure qu'il s'agissait d'un traumatisme par impact direct.

Ce n'est que postérieurement à la décision de l'assurance, par laquelle l'assuré a été informé de la fin de la prise en charge des frais médicaux et du versement des indemnités journalière, que le recourant a allégué avoir eu les deux bras en élévation lors de la chute du fromage et pour la première fois dans le cadre de son expertise par le Dr F. _____. Cela étant, c'est la version mentionnée dans les premiers rapports médicaux qu'il convient de retenir en application de la jurisprudence dite des premières déclarations ou des déclarations de la première heure, selon laquelle il convient, en présence de deux versions différentes d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donné alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (*cf.* consid. 3b *supra*).

C'est précisément cette version de l'accident qui a été retenue dans la première expertise du Centre M. _____ (*cf.* rapport du 18 février 2011) et qui a permis aux experts de ce centre de conclure à l'absence de lien de causalité entre l'accident survenu en mars 2007 et la lésion SLAP.

Les autres spécialistes qui se sont par la suite penchés sur la question et qui ont admis le lien de causalité entre l'accident et les lésions subies par le recourant se sont écartés des premières déclarations de ce dernier. Outre le Dr F. _____ dans son expertise du 25 novembre 2011, c'est également le cas du Dr Q. _____ dans son rapport d'expertise établi le 16 avril 2014, qui retient que le « recourant a tenté de rattraper [le fromage] avec ses deux mains ». Quant aux Drs L. _____ et R. _____ du Centre M. _____ dans leur complément d'expertise du mois d'octobre 2012, ils font état de ce que l'assuré leur « a confirmé à plusieurs reprises qu'il avait les deux mains placées en l'air pour prendre un fromage sur un rayon se trouvant au-dessus de sa tête ».

Dans la mesure où ces états de fait divergent des premières déclarations du recourant s'agissant des circonstances de l'accident, c'est à bon droit que l'intimée n'a pas retenu les conclusions des rapports en question pour fonder sa décision. C'est ainsi à juste titre que l'assurance s'est basée sur le rapport d'expertise du Centre M. _____ du 18 février 2011 pour retenir que l'accident n'est pas la cause de la lésion SLAP, seul le diagnostic de contusion étant en rapport de causalité naturelle avec l'événement de mars 2007.

Cette conclusion est au demeurant partagée par le Dr Q. _____ qui explique, dans son complément d'expertise du 27 juin 2014 que « dans l'hypothèse d'une pure contusion antéro-supérieure du moignon de l'épaule droite par un fromage de 35 kg, sans mouvement actif du membre supérieur droit pour chercher à le retenir limiterait le diagnostic purement post-traumatique à une contusion simple de l'épaule » et retenant dans cette éventualité un *statu quo sine* au maximum six semaines après l'accident. Ce spécialiste avait d'ailleurs, dans un premier temps, admis le lien de causalité entre l'événement de mars 2007 et la lésion SLAP uniquement en raison du mécanisme de l'accident tel que décrit alors par le recourant, soit le fait qu'il aurait eu les deux bras en élévation au moment du choc.

b) Au vu de ce qui précède, il n'y a donc pas de relation de causalité naturelle et *a fortiori* adéquate entre les troubles du recourant postérieurs à ce délai et l'accident, ainsi que l'a retenu à juste titre l'intimée dans la décision entreprise.

c) S'agissant du trouble somatoforme douloureux dont se prévaut le recourant, son existence n'est aucunement remise en cause ; ce trouble est en effet attesté tant par les experts du Centre M. _____ (cf. rapport du 18 février 2011) que par le Dr Q. _____ dans son expertise du 25 novembre 2011.

Cela étant, force est de constater que ce trouble psychique ne peut en aucun cas être mis en lien en causalité avec l'accident survenu en mars 2007, mais doit être imputé vraisemblablement au contexte d'incertitude dans lequel évolue l'intéressé, ainsi que le relèvent les Drs L. _____, K. _____ et Z. _____.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient finalement pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

I. Le recours déposé le 22 décembre 2014 par H. _____ est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 24 novembre 2014 par O. _____ est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Asllan Karaj (pour H. _____),
- O. _____,
- 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 :