

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 octobre 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Gerber, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Vogel, avocat à Lausanne,

et

I._____**SA**, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 2 et 19 LAA ; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

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

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

Dans un certificat médical initial du 16 septembre 2010, le Dr Z._____, médecin assistant au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : Centre hospitalier G._____), a rapporté que l'assuré s'était fait écraser la jambe et le bras par la voiture. Il a fait état de dermabrasions multiples et d'une fracture du radius droit impliquant la pose d'un plâtre avec traitement antalgique.

Dans un rapport médical du 21 septembre 2010, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics de fracture de la tête radiale au coude droit et d'entorse de la cheville droite. Il relevait des plaintes de l'assuré sous la forme de douleurs au niveau du poignet droit ainsi que d'une gêne persistante au tendon d'Achille droit.

Une IRM de la cheville droite a été réalisée le 29 novembre 2010. Elle a mis en évidence une déchirure vraisemblablement complète du ligament péronéo-astragalien antérieur et une déchirure interstitielle avec tuméfaction du ligament péronéo-tibial antérieur. S'y ajoutaient une légère tendinopathie et ténosynovite du tibial postérieur ainsi qu'une légère tendinopathie achilléenne. Le Dr V._____, radiologue, notait aussi un léger œdème spongieux du scaphoïde, vraisemblablement d'origine posttraumatique.

A teneur d'un rapport médical du 16 mars 2011, établi à la suite d'une consultation du 14 février 2011, le Dr P. _____ observait une évolution favorable moyennant la poursuite de la physiothérapie pour la cheville et le coude droits de l'assuré. Ce médecin mentionnait les reprises de travail suivantes: 50 % le 6 décembre 2010, 70 % le 24 janvier 2011 et 100 % dès le 7 mars 2011, un dommage permanent étant en principe à exclure.

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

A l'occasion d'une arthro-IRM de l'épaule gauche de l'assuré du 14 septembre 2011, le Dr J. _____, spécialiste en radiologie à la Clinique T. _____ à [...], a notamment relevé ce qui suit:

« Description:

Acromion de type II non plongeant. Pas d'arthropathie acromio-claviculaire significative. Confirmation d'une déchirure transfixiante complète de la distalité du tendon sus-épineux sans rétractation. Atrophie de stade I selon Goutalier. Pas d'infiltration adipeuse du muscle sus-épineux. Pas de lésion du tendon et du chef musculaire du sous-épineux dont la trophicité est conservée. Pas de lésion du petit rond.

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

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

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

Conclusion:

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

Le 7 octobre 2011, à la suite d'une consultation de l'assuré pour un problème à l'épaule gauche, le Dr P._____ relevait une augmentation des douleurs à cette épaule. Il a en outre indiqué que l'assuré avait eu une fracture du coude droit et une entorse de la cheville droite, raison pour laquelle les douleurs à l'épaule gauche étaient dans un premier temps passées inaperçues. Compte tenu de l'arthro-IRM précitée, une arthroscopie était fixée pour le 22 novembre 2011 à la Clinique T._____ afin de contrôler la réparation du sus-épineux du membre concerné. Un éventuel geste chirurgical n'était par ailleurs pas exclu.

Le protocole opératoire du 23 novembre 2011 établi par le Dr P._____ mentionnait les diagnostics suivants:

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

La lettre de sortie du 30 novembre 2011, rédigée par le Dr P._____, reprenait les diagnostics de déchirure ligamentaire mentionnés dans le protocole opératoire du 23 novembre 2011 en y ajoutant une origine post-traumatique.

Dans un rapport médical du 30 novembre 2011, le Dr X._____, médecin-conseil d'I._____SA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a notamment écrit ce qui suit:

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

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

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

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

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

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

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

Au terme d'un rapport médical du 1^{er} mai 2012, le Dr N._____, médecin-conseil d'I._____SA et spécialiste en chirurgie, a indiqué partager intégralement les conclusions de son confrère le Dr X._____ du 30 novembre 2011. Il a relevé en particulier ce qui suit:

« [...]

1. Diagnostic?

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

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

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

Les éventuelles douleurs du côté du coude droit et de l'articulation de la cheville droite doivent être considérées comme liées à l'événement du 17.08.2010. Les douleurs à l'épaule gauche ne peuvent pas être considérées comme des suites post-traumatiques de l'accident du 17.08.2010. L'assuré ne s'est plaint d'aucune douleur de ce genre pendant des mois. Une rupture fraîche du tendon supra-épineux conduit aussitôt à une symptomatologie sévère avec pseudo-paralysie du bras touché; ces symptômes sont certainement prédominants par rapport à d'autres blessures. Suite à l'accident, la mobilité et la résistance du membre supérieur droit se trouvaient certainement limitées du fait de la fracture de la tête du radius. Le membre supérieur gauche a certainement été davantage sollicité pour cette raison, ce qui n'aurait pas manqué de mettre en évidence une blessure de la coiffe des rotateurs. Comme aucune symptomatologie n'a été consignée dans le dossier à ce propos, on peut exclure de façon quasi certaine un lien de causalité entre l'accident et la pathologie de l'épaule gauche. Le fait que la partie proximale du supra-épineux ne se soit pas rétractée infirme également l'hypothèse d'une causalité. Après une rupture du supra-épineux, il faut en effet s'attendre à ce qu'une rétraction notable se produise en l'espace d'une année dans pratiquement tous les cas. L'assuré est par ailleurs à un âge où des ruptures progressives d'origine dégénérative sont très fréquentes dans la région de la coiffe des rotateurs et conduisent peu à peu à des douleurs après une phase initiale asymptomatique. [...] »

b) Par décision du 24 février 2012, intégralement confirmée selon décision sur opposition rendue le 11 juin 2012, I. _____ SA a refusé l'octroi de prestations en relation avec les suites des affections de l'épaule gauche de l'assuré. L'assureur-accidents s'est rallié aux opinions de ses médecins-conseils, les Drs X. _____ et N. _____, et a réfuté ainsi l'existence d'un lien de causalité entre les troubles à l'épaule et l'accident, étant d'avis que ce membre n'avait pas été atteint lors de l'événement du 17 août 2010.

Un recours contre la décision sur opposition du 11 juin 2012 a été rejeté le 31 juillet 2013 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (arrêt CASSO du 31 juillet 2013 AA 71/12 - 60/2013). La Cour précitée (ci-après : CASSO) a estimé qu'il n'était pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre les lésions à l'épaule gauche du recourant et l'accident survenu le 17 août 2010.

c) Le 11 juin 2012, l'assuré a consulté le Dr K._____, médecin praticien, à la suite de nouvelles douleurs à la cheville droite. Le 22 juin 2012, une IRM a mis en évidence l'apparition d'une déchirure du segment infra-malléolaire du tendon du muscle court péronier latéral et du tendon du muscle jambier postérieur de la cheville droite. Il y avait persistance d'un remaniement cicatriciel majeur des ligaments tibio-péroniers antérieur et postérieur, d'une déchirure partielle du ligament pérénéo-astragalien postérieur ainsi que d'une discontinuité des fibres du ligament péronéo-astragalien antérieur. On constatait également un remaniement post-traumatique des fibres ligamentaires deltoïdiennes. Dans un rapport du 25 février 2013, le Dr K._____ a considéré que les symptômes étaient d'origine accidentelle et la conséquence de l'événement du 17 août 2010. Le Dr K._____ attestait une incapacité de travail de 50 % dès le 2 juillet 2012.

A la suite d'une scintigraphie osseuse des deux chevilles réalisée le 9 août 2012, les Drs [...] et [...] de l'Institut de radiologie [...] à [...] ont rapporté notamment ce qui suit:

« Hyperfixation précoce tissulaire et osseuse localisée à la face interne de la cheville compatible avec une arthropathie dégénérative de la malléole interne.

Présence d'une hyperfixation fémoro-rotulienne marquée à droite et métatarsophalangienne du 1^{er} rayon à droite compatible également avec de l'arthrose.

Pas d'hyperactivité diffuse précoce ou tardive évocatrice d'une maladie de Sudeck. »

d) Le 23 août 2012, l'assuré a eu un accident de la circulation en chutant à moto. Selon la déclaration LAA du 3 septembre 2012, la roue avant de la moto a dérapé sur du gravillon et l'assuré a été projeté au sol avec la moto.

L'assuré a été hospitalisé du 23 au 24 août 2012 au service de chirurgie des Etablissements O._____ (ci-après : Etablissements O._____). Le certificat médical du Dr U._____ du 24 septembre 2012,

spécialiste en chirurgie, rapportait que l'assuré avait chuté sur le flanc gauche et se plaignait de douleurs thoraciques. Il mentionnait des dermabrasions du genou gauche ainsi que des douleurs à la palpation de la rotule et de la région sternale et thoracique gauche. Le diagnostic était des contusions du genou gauche, des contusions sternales et des contusions thoraciques à gauche.

Le Dr W._____ a diagnostiqué, dans un rapport daté de manière erronée du 10 août 2012, que la chute à moto du 23 août 2012 avait entraîné une contusion sternale avec suspicion de contusion cardiaque, une dermabrasion au genou (3 croûtes au niveau de la rotule et des hématomes bruns et violacés depuis le haut du mollet jusqu'à la cheville), des douleurs à la dorsiflexion du pied, un hématome au-dessus du mamelon gauche, une douleur à l'articulation sterno-claviculaire gauche, une douleur de l'épaule gauche (extension latérale limitée à 90%) et une douleur à certains mouvements du membre supérieur droit. Le Dr W._____ attestait d'une incapacité totale de travail depuis le 23 août 2012.

Un CT-scan thoracique a été réalisé le 26 septembre 2012. Il a mis en évidence une fracture du segment cartilagineux de la première côte droite et gauche, plus importante du côté gauche où elle s'associait à un léger déplacement de l'extrémité de l'arc antérieur de la première côte. Aucune fracture associée du sternum n'a été constatée. Une IRM de l'épaule droite a aussi été réalisée à la même date. Elle a mis en exergue, selon le rapport du Dr C._____, spécialiste en radiologie, notamment ce qui suit :

*« A la hauteur de l'articulation gléno-humérale, déchirure du labrum débutant par une lésion de type SLAP, se prolongeant le long des deux convexités, s'associant, au contact du labrum postéro-inférieur (à environ 7h), à un kyste juxta-labral mesurant 2 cm dans un plan transverse, 0.5 cm dans un plan antéro-postérieur et 2 cm dans un plan crânio-caudal, déplacé postérieurement à la corticale glénoïdienne postérieure.
A la hauteur de l'articulation acromio-claviculaire, importantes altérations du signal osseux de part et d'autre de l'espace articulaire d'origine post-traumatique probable, associées à une tuméfaction de la capsule articulaire et à un remodellement osseux des deux*

berges articulaires. Dans un plan coronal, la pente de l'acromion a une orientation oblique, une face inférieure irrégulière, tandis que dans un plan sagittal il présente une orientation oblique postérieure.

Sa portion inférieure est entourée d'une infiltration oedémateuse d'origine post-traumatique se prolongeant en limite de champ, dans la région pectorale antéro-supérieure et autour de la clavicule, sans discontinuité de cette dernière, témoignant de déchirure interstitielle des muscles sous-clavier et grand pectoral dans sa portion supérieure.

Conclusions:

Infiltration oedémateuse marquée de la région pectorale antérieure, entourant la moitié distale de la clavicule, se prolongeant dans la musculature pectorale antérieure, en particulier dans le muscle sous-clavier et grand pectoral.

Altérations de signal des fibres superficielles du tendon du muscle sus-épineux, des fibres supérieures du tendon du muscle sous-scapulaire ainsi que du tendon du long chef du biceps dont les fibres apparaissent grêles (sans que l'origine, constitutionnelle ou post-traumatique de ce remaniement, ne puisse être déterminée). Déchirure labrale étendue débutant par une lésion de type SLAP se prolongeant le long des convexités antérieure et postérieure, s'associant à un kyste para-labral glénoïdien postéro-inférieur gauche.»

Le rapport du Dr K._____ du 27 septembre 2012 a fait état d'un diagnostic de contusion thoracique en relation avec l'événement du 23 août 2012. L'assuré souffrait de douleurs sterno-claviculaires et costales bilatérales. Le traitement consistait en de la physiothérapie. Il y avait eu une période d'incapacité totale de travail depuis le 3 septembre 2012 et une reprise du travail à 50 % depuis le 20 septembre jusqu'au 27 septembre 2012.

Un nouveau rapport médical du Dr K._____ du 16 février 2013 a diagnostiqué en relation avec l'événement du 23 août 2012 une déchirure du labrum de l'épaule droite ainsi qu'une fracture du segment cartilagineux de la première côte droite et gauche. Il subsistait une incapacité de travail de 25 % depuis le 10 décembre 2012.

e) Sur mandat d'I._____SA et de l'assureur responsabilité civile de l'automobiliste impliqué dans l'accident du 17 août 2010, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré le 17 janvier 2014 et réalisé notamment une expertise relative à l'événement du 23 août 2012, datée du 30 avril 2014.

L'expert avait prévu des examens radiologiques de contrôle le 10 février 2014 de l'épaule droite ainsi qu'un CT-scanner sterno-claviculaire/sterno-costal. L'assuré a annulé ce rendez-vous sans en informer le Dr S._____ et sans demander la fixation d'une date alternative.

L'expertise du Dr S._____ contenait notamment ce qui suit:

« 5. DIAGNOSTICS

- *Status 1 an et ½ après fracture du segment cartilagineux de la première côte D/G, avec déchirure interstitielle des muscles sous-clavier et grand pectoral droits, et possible entorse bénigne de l'épaule droite.*
- *Status 1 an et ½ après contusion et dermabrasions du genou gauche.*
- *Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, avec tendinopathie du LCB et dégénérescence labrale.*
- *Status après chirurgie de l'épaule gauche pour traitement d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs + lésion LCB.*
- *Arthrose acromio-claviculaire droite.*
- *Status 3 ans et 1/2 après entorse/contusion de la cheville droite.*
- *Ténosynovite du muscle jambier postérieur, ddc, probablement décompensée à droite en juillet 2012. Association d'une tendinopathie achilléenne, également bilatérale, et d'une arthropathie dégénérative astragalo-scaphoïdienne.*

6. APPRÉCIATION DU CAS

[...]

En date du 23 août 2012, suite à son accident de moto, le patient a souffert, en premier lieu, d'un traumatisme thoracique. Le bilan effectué a donc montré une lésion touchant les articulations sterno-costales I (droite et gauche), lésions de type fracture cartilagineuse. Association d'une déchirure de relative faible envergure des muscles sous-clavier et grand pectoral à droite.

Le traitement fut conservateur. L'évolution fut lentement favorable. Le patient estime avoir retrouvé une fonction usuelle de ses ceintures scapulaires environ 1 an plus tard.

Ce délai me paraît un peu exagéré. Certes, les entorses sterno-costales cessent rarement de déployer leurs effets avant 3-6 mois. Dans le cas présent, une extension de ce délai dans le temps pourrait être admise, compte tenu de l'association des

lésions musculaires de l'hémi-thorax droit, en particulier du muscle grand pectoral (incluant peut-être aussi la pathologie de l'épaule droite, pathologie qui pourrait théoriquement pénaliser, ne serait-ce que sur une courte période, la vitesse de récupération fonctionnelle de l'épaule), extension limitée toutefois à 3 mois (délai largement suffisant pour guérir d'une déchirure musculaire de faible envergure).

Quoi qu'il en soit, le bilan actuel ne révèle aucune séquelle fonctionnelle. Il était prévu que ce patient se soumette à un nouveau CT-scanner sterno-costal, afin d'apprécier d'éventuelles séquelles radiologiques. Cet examen, programmé par le soussigné, fut annulé par le patient, sans autre préavis.

Le délai d'atteinte d'une CT entière, ne devait non plus pas dépasser les 9 mois précités (mai 2013).

Plus encore, en considérant la notion d'accoutumance, la CT aurait pu sans autre être portée à 85 % à la fin février 2013, c'est-à-dire à un délai de 6 mois après le traumatisme (et la guérison de la plupart des lésions), laissant si nécessaire une IT résiduelle de 15 % (taux équivalent à l'activité de massages, probablement pas encore réalisables à ce moment) jusqu'en mai.

Sans autre élément probant dans le dossier médical du malade, je propose de s'en tenir à ce schéma de reprise, certes hypothétique, mais parfaitement plausible compte tenu des lésions traumatiques énumérées.

Enfin, il convient de s'intéresser à la capacité de travail dans les suites immédiates de l'événement survenu le 23 août 2012. En effet, à ce moment, le patient oeuvrait à un taux de 50 % (depuis le 13 août), en raison de la pathologie de sa cheville droite. Il était semble-t-il prévu qu'il reprenne en plein courant septembre, tenant compte de l'évolution plutôt favorable de cette cheville, sous physiothérapie.

Ce délai ne me paraît pas hors propos. Plus précisément, une période de CT partielle de 6-8 semaines, pour une telle pathologie, correctement traitée (ce qui semble avoir été le cas), avant une reprise en plein n'a rien d'exagéré.

En d'autres termes, une CT entière, pour la seule problématique de la cheville droite (troubles de surcharge, ténosynovite, etc., décompensés en été 2012), paraissait plausible dans à la fin du mois de septembre 2012.

REPONSE AUX QUESTIONS

[...]

5. Etat antérieur? :

Tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Ténosynovite des muscles jambiers postérieurs (probable exacerbation en juillet 2012 du côté droit), tendinopathie achilléenne bilatérale, arthrose astragalo-scapoïdienne droite.

6. Lien de causalité naturelle. Les constatations sont-elles dues...accident...maladie ou état préexistant...status quo ante/sine... ?:

L'événement du 23 août 2012 a généré une entorse sterno-costale I bilatérale; des lésions musculaires de faible envergure de l'hémithorax antérieur droit, et une contusion avec dermabrasions du genou gauche. Actuellement, aucune séquelle n'est à signaler. Le délai d'atteinte du status quo ante/sine ne devait en effet pas dépasser les 9 mois (mai 2012 [recte: 2013]).

7. Incapacité de travail. Exigibilité ? :

Une IT entière, pour les seules suites de l'événement du 23 août 2012, fut nécessaire d'emblée. Une reprise à 50 % paraissait possible après 6 semaines d'évolution (uniquement pour activités légères). Le délai de reprise à 75 %, au début décembre 2012, paraît cohérent. Il aurait du (sic) être suivi d'une reprise à 85 % au plus tard en février 2013 (6 mois d'évolution). Quant à la reprise en plein, elle aurait du (sic) intervenir au plus tard en mai 2013 (9 mois d'évolution).

On rappelle que, au moment de son traumatisme, le patient était à l'arrêt de travail partiel (50 %) pour une pathologie de sa cheville droite. Une reprise en plein, pour ce seul problème de cheville, paraissait possible à la fin septembre 2012.

8. Traitement médical. Les suites de l'accident nécessitent-elles encore... ?

Sans objet, le délai d'atteinte du status quo ante/sine, pour les seules suites de l'événement du 23 août 2012, étant largement dépassé.

9. Atteinte à l'intégrité

En l'absence d'une lésion anatomique macroscopique susceptible de générer des troubles fonctionnels significatifs et durables, émanant de l'événement survenu le 23 août 2013, aucune indemnisation n'est due. »

f) Par courrier du 23 juillet 2014, I. _____ SA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme aux prestations au 31 mai 2013 pour les suites de l'événement du 23 août 2012. Elle s'est fondée sur l'expertise du Dr S. _____ du 30 avril 2014.

Le Dr W. _____, médecin généraliste, a pris position le 12 août 2014 sur l'expertise du Dr S. _____ en déclarant notamment que la

cheville gauche de l'assuré avait été lésée dans les deux accidents du 28 décembre 2009 et du 23 août 2012.

L'assuré a également pris position sur l'expertise du Dr S. _____ en y apportant des commentaires écrits non datés et non signés qui ont été transmis par son conseil le 30 octobre 2014.

Le 8 février 2015, le Dr S. _____ a répondu aux critiques du Dr W. _____ et de l'assuré. Il a maintenu les conclusions de son expertise.

g) Le 5 août 2015, I. _____ SA a rendu une décision par laquelle elle a déclaré confirmer de manière formelle son courrier du 23 juillet 2014. Elle a en effet estimé qu'il fallait fixer un statu quo ante/sine en mai 2013.

Le 9 septembre 2015, l'assuré a fait opposition à la décision précitée.

Le 21 décembre 2015, I. _____ SA a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a rejeté l'opposition contre la décision du 5 août 2015. Elle a considéré que l'accident du 23 août 2012 n'avait aucune responsabilité dans les troubles constatés.

B. Le 29 janvier 2016, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO) contre la décision sur opposition du 21 décembre 2015. Il conclut à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la poursuite de l'octroi des prestations d'assurances en relation avec les lésions traumatiques subies le 17 août 2010 et le 23 août 2012, en particulier au-delà du 30 mai 2013. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à I. _____ SA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Dans sa réponse du 4 mai 2016, I. _____ SA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition.

Par réplique du 28 juin 2016, le recourant précise que les maux dont il se plaint à l'épaule gauche ne découlent pas de l'accident du 17 août 2010, mais de celui du 23 août 2012. Il maintient par ailleurs ses conclusions.

Dans ses déterminations du 19 août 2016, l. _____ SA maintient également ses conclusions.

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 (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

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

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente compte tenu des fêtes judiciaires de Noël (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA), satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, ceci pour autant qu'aucune rente ne soit allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1; 133 V 57 consid. 6.6.2). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la

récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TF [anciennement TFA], RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 et les références; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2).

3. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références).

b) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 *in limine*). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 129 V 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références).

En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (ATF 134 V 231 consid. 5.1, TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3, 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 avec référence). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

4. **a)** L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur antérieure à la révision du 25 septembre 2015 entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017, permettait au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2017; selon cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes

dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident (ATF 129 V 466). C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA.

Cette réglementation a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées).

Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

b) Parmi les atteintes diagnostiquées consécutivement à l'évènement du 23 août 2012, la déchirure interstitielle des muscles sous-clavier et grand pectoral diagnostiquée par l'IRM du 22 septembre 2012 fait partie des lésions corporelles assimilées à un accident. Tel n'est en revanche pas le cas de la déchirure du labrum de l'épaule droite. Certes, le labrum est un anneau de cartilage dont la fonction s'apparente à celle du ménisque mentionné à l'art. 9 al. 2 let. c OLAA. La jurisprudence a toutefois précisé que la liste de l'art. 9 al. 2 OLAA était exhaustive; la notion de déchirures du ménisque ne saurait être étendue par analogie à d'autres points du corps ayant la même fonction et de même nature que le ménisque, tel que le labrum acétabulaire de la hanche (TF 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3). Ce raisonnement vaut aussi pour le labrum de l'épaule ainsi que pour la fracture du segment cartilagineux de la première côte droite et gauche.

c) Même si la déchirure musculaire thoracique n'a été diagnostiquée par IRM que le 26 septembre 2012, les douleurs thoraciques étaient déjà rapportées dans le rapport de sortie des Etablissements O._____. L'expertise du Dr S._____ reconnaît que l'évènement du 23 août 2012 a généré des lésions musculaires de faible envergure de l'hémithorax antérieur droit. Il faut donc admettre que la chute à moto le

23 août 2012 constitue la cause extérieure de cette lésion musculaire, de sorte que la jurisprudence relative aux lésions corporelles assimilées à un accident est applicable à cette atteinte.

d) Selon la jurisprudence, le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts TF 8C_927/2015 du 13 décembre 2016 consid. 5.1.2; 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2, 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2, U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2, U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3).

En l'espèce, le recourant avait une capacité de travail de 75 % dès le 10 décembre 2012. Il a déclaré au Dr S. _____ avoir eu à nouveau une capacité de travail entière juste avant l'été 2013, mais n'avoir retrouvé une fonction usuelle de ses ceintures scapulaires qu'environ un an après l'événement du 23 août 2012. L'expert a fixé le *statu quo sine vel ante* au début mai 2013. Comme la décision attaquée a mis fin au droit aux prestations au 31 mai 2013, la requête du recourant de poursuivre les prestations au-delà du 31 mai 2013 ne porte donc, pour les déchirures musculaires, que sur environ trois mois. Vu qu'il n'y a pas de rapport médical attestant le maintien de la déchirure musculaire pour la période entre mai et août 2013, il faut admettre que ces petites lésions musculaires étaient déjà guéries avant le 31 mai 2013. C'est donc à juste titre que la décision attaquée a mis fin au droit aux prestations d'assurance à cette date en ce qui concerne les déchirures musculaires thoraciques.

e) Dans la cause parallèle AA 08/16, la présente cour a constaté que le *statu quo sine* pour la lésion de la déchirure du ligament péronéo-astragalien antérieur de la cheville droite diagnostiquée le 22 juin 2012, qui était avec une vraisemblance prépondérante consécutive à l'accident du 17 août 2010, ne saurait être établi avant le 22 juin 2012 sur la seule base d'une évolution ordinaire des entorses. Par ailleurs, dans cette même cause parallèle, il a été décidé qu'il appartiendrait à l'assureur intimé de poursuivre l'instruction concernant le lien de causalité entre l'accident du 17 août 2010 et les déchirures tendineuses de la cheville droite diagnostiquées le 22 juin 2012.

Dans son expertise, le Dr S._____ a considéré que les troubles relatifs à la cheville droite avaient été décompensés « en été 2012 », qu'une tenosynovite du muscle jambier postérieur avait été probablement décompensée à droite en juillet 2012. Il s'agit de faits antérieurs à l'accident du 23 août 2012. Il n'y a pas de rapport médical attestant une péjoration de la cheville droite postérieurement à cet accident et attribuant à celui-ci un lien de causalité.

5. a) L'assuré a souffert d'une fracture du segment cartilagineux de la première côte droite et gauche. Le lien de causalité avec l'accident du 23 août 2012 a été reconnu par l'expertise du Dr S._____ et admis à juste titre dans la décision attaquée. Selon l'expertise du Dr S._____, le *statu quo sine* a été atteint au plus tard en mai 2013. Parmi les médecins, seul le Dr W._____ a mis en question cette évaluation en affirmant qu'un délai de réparation théorique ne pouvait pas être retenu comme argument décisif, la réalité clinique et radiologique devant faire foi. Le Dr W._____ n'a toutefois pas fourni le moindre élément démontrant que le *statu quo sine* aurait été atteint ultérieurement pour appuyer la déclaration de l'assuré devant le Dr S._____ qu'il aurait retrouvé une fonction usuelle de ses ceintures scapulaires seulement environ 1 an après l'accident. Comme il n'y a pas non plus de rapport médical attestant le maintien de limitations pour la période entre juin et août 2013, il faut donc admettre que le *statu quo sine* a été atteint avec une vraisemblance prépondérante à la fin mai 2013.

b) Le recourant a souffert de lésions à l'épaule droite. L'IRM du 26 septembre 2012 a mis en évidence des altérations de signal de différents tendons de l'épaule droite ainsi qu'une déchirure étendue du labrum. Le Dr S._____ a considéré dans son expertise que la tendinopathie de la coiffe des rotateurs était un état antérieur à l'accident du 23 août 2013 et que la déchirure labrale était une dégénérescence. En revanche, le Dr W._____ avait relevé dans un rapport daté à tort du 10 août 2012 que la chute à moto le 23 août 2012 avait entraîné une douleur à certains mouvements du membre supérieur droit. Quant au Dr K._____, il avait soutenu le 16 février 2013 que la déchirure labrale était une conséquence de l'accident du 23 août 2012. Il n'avait toutefois fourni aucun élément à l'appui de cette appréciation. Comme il ressort du rapport médical du 24 septembre 2012 que l'assuré avait déclaré être tombé du côté gauche et ne s'était pas plaint de l'épaule droite lors des examens initiaux aux Etablissements O._____ (rapport médical du 24 septembre 2012), les lésions constatées à l'épaule droite ne sont pas avec une vraisemblance prépondérante dans un lien de causalité naturelle avec l'événement du 23 août 2012. Le seul fait que l'épaule droite n'était pas symptomatique avant cet événement ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »). Le recourant n'a donc pas droit à des prestations d'assurance après le 31 mai 2013 en relation avec les lésions de l'épaule droite.

c) Le recourant souffrait de problèmes à la cheville droite avant l'accident du 23 août 2012. Il avait consulté le Dr K._____ le 11 juin 2012 suite à de nouvelles douleurs et était en incapacité de travail de 50 % dès le 2 juillet 2012. Aucun médecin n'a soutenu que l'accident du 23 août 2012 aurait entraîné une aggravation des atteintes à la cheville droite. Il n'y a donc pas de lien de causalité naturelle entre ces atteintes et la chute à moto.

d) Le recourant soutient que les maux dont il se plaint à l'épaule gauche ne découlent pas de l'accident du 17 août 2010, mais de

celui du 23 août 2012. Il avait été opéré à l'épaule gauche le 23 novembre 2011 pour diverses déchirures tendinaires. Le recourant avait déclaré lors de son examen par le Dr S._____ avoir recouvré le 23 avril 2012 une pleine capacité de travail en ce qui concernait l'épaule gauche. Il ressort d'un rapport du Dr W._____ daté de manière erronée du 10 août 2012 que la chute à moto le 23 août 2012 avait entraîné une douleur de l'épaule gauche (extension latérale limitée à 90°). Dans son expertise du 30 avril 2014, le Dr S._____ relevait un signe de rupture du LCB (long chef du biceps) à gauche. C'est là une aggravation dans la mesure où l'opération de l'épaule le 23 novembre 2011 avait permis de procéder à une ténodèse du LCB qui était partiellement lésé. Le Dr S._____ n'a pas pris position dans son expertise sur l'existence d'un lien de causalité entre la chute à moto le 23 août 2012 et la rupture potentielle du LCB. Dans son expertise complémentaire du 8 février 2015, le Dr S._____ a déclaré qu'aucun élément du dossier, écrit ou oral, ne permettait de retenir « une symptomatologie fruste, exagérée » de l'épaule gauche dans les suites de l'événement du 23 août 2012. Il n'a toutefois pas explicité en quoi un signe de rupture du LCB pouvait être considéré comme une symptomatologie fruste et exagérée. Le Dr S._____ n'avait prévu aucun examen radiologique de l'épaule gauche, contrairement à l'épaule droite. L'expertise ne permet donc de trancher ni la question de l'existence d'une véritable rupture du LCB, ni celle de l'existence d'un lien de causalité entre une éventuelle lésion tendinaire et l'accident du 23 août 2012. La cause devra donc être renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sur ce point et nouvelle décision.

6. En dernier lieu, le recourant se prévaut encore de motifs d'ordre formel, tenant à la personne de l'expert et à de prétendus a priori de ce dernier, pour contester ses conclusions. Ces griefs ne résistent pas à l'analyse. Informé en date du 31 octobre 2013 de la désignation du Dr S._____ en tant que praticien chargé de procéder à son expertise, le recourant n'a pas fait valoir d'objections quant à ce choix. Il n'est dès lors pas fondé, au stade de la procédure judiciaire, à émettre des doutes sur la neutralité de l'expert, d'autant que des impressions individuelles ne suffisent pas, seules des circonstances constatées objectivement devant

être prises en considération. En tout état de cause, le recourant n'explicite pas en quoi il existerait des motifs propres à faire douter de la neutralité et de l'impartialité de l'expert. On ne saurait déduire de mandats régulièrement confiés à l'expert par l'assureur intimé qu'il s'agit d'un motif suffisant pour retenir un manque d'objectivité et d'indépendance (ATF 139 V 349 consid. 5.2.2.1; 137 V 210 consid. 3.1; TF 9C_6712007 du 28 août 2007 consid. 2.4). Quant aux allégations du recourant selon lesquelles il ne se serait pas senti entendu dans ses plaintes, elles relèvent, faute d'autres éléments les corroborant, elles aussi de l'impression personnelle. L'ensemble des griefs tenant à la personne de l'expert ou à la qualité avec laquelle il a réalisé l'expertise doit être rejeté, en l'absence d'éléments concrets susceptibles de les rendre pertinents. Sous réserve de la lacune mise en évidence au considérant 5.d *supra*, l'expertise du Dr S. _____ remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée annulée dans la mesure où elle met un terme aux prestations d'assurances au 31 mai 2013 pour les conséquences de l'accident du 23 août 2012 sur la lésion à l'épaule gauche. Pour le reste la décision sur opposition est confirmée. Il appartiendra à I. _____ SA de prendre une nouvelle décision après instruction complémentaire dans le sens des considérants.

Le recourant, qui n'obtient que partiellement gain de cause, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1000 fr., TVA comprise, en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais judiciaires.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition du 21 décembre 2015 d'I._____SA est annulée dans la mesure où elle met un terme aux prestations d'assurances au 31 mai 2013 pour les conséquences de l'accident du 23 août 2012 sur la lésion à l'épaule gauche, la cause étant renvoyée à cette assurance pour nouvelle décision sur ce point.

La décision sur opposition précitée est confirmée pour le surplus.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** I._____SA versera à H._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Vogel (pour H._____),
- Me Didier Elsig (pour I._____SA),
- 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 :