

VD_GERICHTE ZA16.004322 vom 12. Oktober 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-10-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.004322

FR: VD_GERICHTE ZA16.004322 du 12 octobre 2017

IT: VD_GERICHTE ZA16.004322 del 12 ottobre 2017

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 8/16 - 135/2017 ZA16.004322 CO UR DE S
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 : R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Vogel, avocat à Lausanne, et O. _____ SA, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 6 al. 2 et 19 LAA ; 9 al. 2 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. a) R. _____ (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'O. _____ SA (ci-après: O. _____ 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. Le conducteur responsable a été condamné par le préfet à une amende en date du 8 novembre 2010. Dans un certificat médical initial du 16 septembre 2010, le Dr L. _____, médecin assistant au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier J. _____ (ci-après : Centre hospitalier J. _____), 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. Ce médecin mentionnait une incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 17 au 27 août 2010. Dans un rapport médical du 21 septembre 2010, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics de fracture de la tête radiale au coude droit et d'entorse de la cheville droite. Elle relevait des plaintes de l'assuré sous la forme de douleurs au niveau du poignet droit ainsi que d'une gêne persistante au tendon d'Achille droit. Le traitement consistait en de la physiothérapie, de l'ostéopathie étant conseillée au patient. Etait joint un rapport d'examen radiologique du 20 août 2010 du coude droit de l'assuré, dont il ressortait la présence d'une fracture de la tête radiale touchant la surface articulaire avec un petit enfoncement (1 mm) de la partie antéro-latérale de la tête radiale. Une IRM de la cheville droite a été réalisée le 29 novembre 2010. Elle a mis en évidence une déchirure vraisemblablement complète

- 3 - 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 tibia postérieur ainsi qu'une légère tendinopathie achilléenne. Le Dr S. _____, 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 H. _____ 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 N._____, 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 P._____, spécialiste en radiologie à la Clinique Z._____ 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.

- 4 - 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 H._____ 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 Z._____ 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 H._____ 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 H._____, reprenait les diagnostics de déchirure ligamentaire mentionnés dans le protocole opératoire du 23 novembre 2011 en y ajoutant une origine post-traumatique.

- 5 - Dans un rapport médical du 30 novembre 2011, le Dr K._____, médecin-conseil d'O._____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 H._____ qui l'a vu tous les mois. Un inspecteur de sinistres de l'O._____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 H. _____ pour des problèmes à l'épaule G. Cliniquement, présente une tendinopathie rompue du sus-épineux qui est confirmée à une arthro-IRM. Le Dr H. _____ demande la prise en charge de l'opération prévue le 22.11.11 à la Clinique U. _____. 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 B. _____ du Centre de santé W. _____ 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.

- 6 - Au terme d'un rapport médical du 1er mai 2012, le Dr C. _____, médecin-conseil d'O. _____ SA et spécialiste en chirurgie, a indiqué partager intégralement les conclusions de son confrère le Dr K. _____ du 30 novembre 2011. Il a relevé en particulier ce qui suit: « [...] 1. Diagnostic? Fracture de la tête du radius non disloquée à droite et lésions ligamentaires à la cheville droite suite à un accident de la circulation le 17.08.2010. Lésion de la coiffe des rotateurs d'origine dégénérative avec rupture complète du tendon sus-épineux, rupture partielle du tendon sous-scapulaire et lésion du long chef du biceps. 2. Les troubles présentés par l'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, O. _____ 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 K. _____
et C. _____, et a réfuté ainsi

- 7 - 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 F. _____, 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 F. _____ a considéré que les symptômes étaient d'origine accidentelle et la conséquence de l'événement du 17 août 2010. Le Dr F. _____ 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 X. _____ et D. _____ de l'Institut de radiologie U. _____ 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 1er rayon à droite compatible également avec de l'arthrose.

- 8 - Pas d'hyperactivité diffuse précoce ou tardive évocatrice d'une maladie de Sudeck. »
d) L'assuré a chuté à moto le 23 août 2013. e) Le 25 novembre 2013, l'assuré a informé O. _____ SA de ses problèmes oculaires. Il a déclaré que sa vue s'était altérée progressivement. Après avoir fait adapter les verres de ses lunettes par un opticien, il avait consulté le 2 septembre 2013 le Dr V. _____, spécialiste en ophtalmologie, en raison d'une diminution de l'acuité visuelle. Le 7 janvier 2014, le Dr V. _____ a rapporté qu'un implant oculaire était décentré inférieurement et diagnostiqué une subluxation d'un implant intraoculaire gauche ainsi qu'une blépharite. Aucun traitement pour l'implant subluxé n'était prévu. Dans un rapport du 28 août 2014, le Dr V. _____ a affirmé ce qui suit: « Lors de cet examen, j'ai pu constater également que l'implant intra-oculaire mis en place après l'opération de la cataracte de l'œil gauche était légèrement déplacé inférieurement et basculait légèrement en avant pour sa partie inférieure. Cette position de l'implant aurait pu expliquer une discrète myopisation de l'œil gauche constatée entre l'examen de 2008 et l'examen de 2013. Ainsi, au vu des constatations différentes des deux examens entre 2008 et 2013, il est très possible que la myopisation de l'œil gauche soit secondaire au déplacement de l'implant intra- oculaire. Il n'y a pas actuellement de nécessité d'effectuer une nouvelle intervention chirurgicale pour le status actuel de l'œil gauche. Pour revenir à l'événement de 2010, un choc sur la tête pourrait être la cause du déplacement de l'implant intra- oculaire. Bien entendu, il aurait fallu examiner le patient directement après son accident en 2010 pour

en avoir la certitude. En revanche, il est impossible d'exclure l'éventualité d'une cause directe du déplacement de l'implant suite au choc de 2010. » Médecin-conseil d'O. _____ SA, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé le 19 septembre 2014 que la possibilité d'un léger déplacement de l'implant intra-oculaire ne pouvait

- 9 - être qu'hypothétiquement attribuée à un événement traumatique, comme celui de 2010. A son avis, la causalité ne pouvait être qu'hypothétique et, par conséquent, le trouble de la vision détecté en 2013 ne pouvait être que « de manière uniquement possible » en relation avec les suites de l'événement du 17 août 2010. En attestait également le temps écoulé entre l'événement et la consultation du 2 septembre 2013 chez le Dr V. _____. f) Sur mandat d'O. _____ SA et de l'assureur responsabilité civile de l'automobiliste impliqué dans l'accident du 17 août 2010, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré le 17 janvier 2014 et réalisé une expertise relative à l'événement du 17 août 2010, datée du 29 avril 2014. L'expertise s'appuyait entre autres sur un nouvel examen par IRM des deux chevilles. Le rapport du 17 février 2014 du Dr G. _____, spécialiste en radiologie au sein du Centre d'imagerie diagnostique à [...], contenait les conclusions suivantes: « IRM de la cheville droite: Petit foyer de surcharge osseuse sur le point déclive de l'astragale à la hauteur du sinus du tarse. Sur le compartiment latéral, séquelles de distorsions modérées sans déchirure significative des ligaments tibio-talaires et talo-fibulaires, les péroniers apparaissant sans particularité. Sur le compartiment interne, aspect d'une ténosynovite sévère et en déchirure partielle du tendon du tibial postérieur sur 5 cm de hauteur, l'extension crâniale apparaissant se situer 3 cm au-dessus de la pointe de la malléole interne. Séquelles de distorsions mineures du complexe deltoïde. Discrets signes irritatifs au détriment du tendon fléchisseur des doigts. Tendinopathie mineure achilléenne. Lame d'épanchement dans les limites encore physiologiques. IRM de la cheville gauche: Quelques petites altérations millimétriques dystrophiques banales des cunéiformes interne et latéral. Tendinopathie avec ténosynovite modérée sans déchirure significative du tendon du tibial postérieur proche de l'insertion. Séquelles discrètes sans déchirure significative du complexe tendino-ligamentaire collatéral latéral. Tendinopathie achilléenne mineure. Lame d'épanchement dans les limites physiologiques. » L'expertise du Dr T. _____ contenait notamment ce qui suit:

- 10 - « 5. Diagnostics - Status près de 3 ans et 1/2 après probable entorse/contusion de la cheville droite et fracture articulaire de la tête radiale droite. - Tendinopathie de surcharge ou dégénérative achilléenne bilatérale. - Ténosynovite modérée du muscle jambier postérieur aux deux chevilles. Ebauche d'un arrière-pied valgus à droite. - Arthropathie dégénérative astragalo-scaphoïdienne droite, modérée, non inflammatoire. - Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Status 2 ans et 2 mois après chirurgie réparatrice de ladite coiffe, avec ténodèse du LCB. Status après rupture secondaire du LCB. 6. Appréciation du cas [...] En date du 17 août 2010, après une chute, le diagnostic de fracture de la tête radiale droite a été posé. Le traitement fut mené lège artis. L'évolution fut favorable, avec restauration d'une fonction normale du coude après un délai de 9-11 mois. L'examen clinique actuel ne révèle aucune séquelle fonctionnelle, tableau escompté compte tenu qu'il s'agissait d'une fracture non ou à peine déplacée, en tout cas pour sa part articulaire. De telles lésions ne laissent en effet pas de déficit significatif sur une articulation non portante. Le même événement semble avoir généré un écrasement ou une entorse externe de la cheville droite. Il est intéressant de signaler que les premières plaintes sont

apparues un peu à distance du traumatisme. Est-ce parce que l'action vulnérante sur cette cheville fut de faible envergure? A la même époque, notion d'un pied plat valgus. Le traitement fut là aussi mené léger (sic) artis, avec prescription d'une attelle et de séances de physiothérapie. Traitement de durée habituelle, sur quelques semaines, courant 2010. Pas de traitement spécifique en 2011, élément qui évoque clairement une implication limitée dans le temps de l'événement incriminé, sur l'état de la cheville. Cette précision est nécessaire car, au vu des constatations ultérieures, la cheville droite présente (sic) de nombreuses pathologies extra-traumatiques, ou plutôt de surcharge. Nous allons procéder au démantèlement de ces pathologies. L'IRM actuelle montre un remaniement du ligament latéral externe, remaniement qui peut être d'origine traumatique (la première IRM ayant d'ailleurs montré un remaniement plus marqué, image suggérant ainsi une lésion récente). Il est cependant intéressant de noter que le LLE de la cheville

- 11 - controlatérale est aussi remanié, certes de manière un peu moindre, sans que l'on ait des éléments anamnestiques en faveur d'une ancienne entorse. Une réflexion similaire peut être tenue si l'on s'attarde sur l'aspect du ligament deltoïde, assorti, du côté gauche, au remaniement de la pointe malléolaire interne visible sur les radiographies standard! Plus encore, l'examen IRM actuel, des deux chevilles, montre d'autres pathologies présentes bilatéralement. On signale, en premier lieu, la tenosynovite du jambier postérieur, résultat probable de contraintes mécaniques exagérées et chroniques, habituelles chez une personne présentant une surcharge pondérale significative, de surcroît sportive (ou anciennement sportive). Du côté droit, nous n'avons pas d'argument parlant en faveur d'une dégradation de cette synovite en 2010, suite à l'événement qui nous concerne, ceci en l'absence d'une déchirure (solution de continuité) des fibres tendineuses susceptible d'être observée sur le premier examen IRM (29 novembre 2010). Il en est de même pour la tendinopathie achilléenne. Enfin, le bilan du côté droit révèle aussi une arthropathie dégénérative astragalo-scaphoïdienne et métatarso-phalangienne du 1er rayon, signalant, elle aussi, la notion de contraintes exagérées ou de sur-utilisation du pied. Précisons encore que les clichés fonctionnels des deux chevilles ne montrent pas de laxité pathologique suffisamment asymétrique (donc en défaveur du côté droit), permettant de retenir une séquelle significative (distension ligamentaire) émanant de l'événement du 17 août 2010! Dans ce contexte, si l'événement du 17 août 2010 fut effectivement responsable d'une entorse (et/ou d'une contusion) de la cheville droite, il a certainement eu une influence limitée dans le temps. Usuellement, une entorse de cheville cesse de déployer ses effets après un délai de 2-4 mois. Dans le cas présent, une extension de ce délai serait admissible, en tenant compte des autres pathologies sous-jacentes (de surcharge), responsables d'une fragilité tissulaire accrues, susceptibles de ralentir la récupération post-traumatique. Cette extension ne devrait cependant pas dépasser les 3-6 mois. Dans le cas présent, il faut signaler que cette période ne fut pas assortie d'un traitement soutenu porté à une problématique de la cheville droite, argument qui ne laisse ainsi pas de place à une prolongation du délai (sic) l'extension en question. Au-delà de ce délai (5-10 mois au total), il faut considérer que les doléances alléguées par le patient, concernant sa cheville droite, paraissent (haute, voire très haute vraisemblance) liées aux pathologies régionales de surcharge (ou à celles d'anciens traumatismes). Ceci semble toujours être le cas actuellement. En conséquence, la rechute annoncée en 2012, quelques 2 ans après le traumatisme, responsable d'une nouvelle prise en charge thérapeutique, et d'une nouvelle période d'incapacité

- 12 - de travail, a une relation causale très peu probable (ou hautement improbable) avec l'événement qui nous concerne. Sur le plan de la capacité de travail, je rappelle que Mr R. _____ a pu retrouver un plein rendement en mars 2011. Il n'y a pas eu de nouvelle période d'IT jusqu'au délai d'atteinte du status quo fonctionnel (que ça soit pour la cheville ou pour le coude), c'est-à-dire au plus tard en juin-juillet 2011. Réponse aux questions [...] 5. Etat antérieur? : Tenosynovite/tendinopathie de surcharge du jambier postérieur, bilatéralement. Tendinopathie achilléenne de surcharge bilatérale. Arthropathie dégénérative astragalo-scaphoïdienne et métatarso-phalangienne I du côté droit. 6. Lien de causalité naturelle. Les constatations sont-elles dues à l'accident...maladie ou état préexistant...status quo ante/sine... ? : La relation de causalité naturelle entre l'événement du 17 août 2010 et les plaintes/troubles constatés à la cheville/pied droit paraît hautement, voire très hautement invraisemblable. L'événement en question, responsable d'une probable entorse du LLE et de contusions osseuses de la cheville/pied droits, révélateur aussi de troubles dégénératifs ou de surcharge régionaux, a cessé de déployer ses effets au plus tard en juin 2011 (status quo ante/sine). Un délai maximal similaire est retenu pour la deuxième lésion qui a résulté de l'événement qui nous concerne, celle de la tête radiale droite (fracture), lésion qui ne laisse aucun déficit fonctionnel. 7. Incapacité de travail. Exigibilité? : Le plan d'incapacité de travail, résultant de l'événement qui nous concerne, me paraît cohérent, eu égard aux lésions traumatiques constatées. Le patient, reconnu incapable de travailler le 17 août 2010, a repris ensuite son travail par paliers, CT de 50 % le 6 décembre 2010, de 70 % le 24 janvier 2011 et de 100 % le 7 mars 2011. 8. Traitement médical. Les suites de l'accident nécessitent-elles encore... ? : Aucun traitement médical, relatif à l'événement qui nous concerne, pour les deux sites lésionnels (coude droit, cheville droite), n'était justifié au-delà de juin-juillet 2011 (status quo ante/sine - cf. question 6). 9. Atteinte à l'intégrité En l'absence d'une lésion anatomique macroscopique, susceptible de générer des troubles fonctionnels significatifs et durables, aucune indemnisation relative à l'événement du 17 août 2010 n'est retenue. »

- 13 - g) Le Dr A. _____, médecin-dentiste, avait attesté dans un rapport non daté avoir vu l'assuré le 18 août 2010 et avoir constaté que deux dents (n° 21 et 22) étaient luxées ou devenues branlantes à la suite de l'accident du 17 août 2010. Le 31 janvier 2014, O. _____ SA a été informée par la Dresse M. _____, médecin-dentiste, qu'une reconstitution des dents 12 et 32 était prévue. Consulté par O. _____ SA, le Dr E. _____, médecin-dentiste, a déclaré que l'accident du 17 août 2010 avait lésé les dents 12 et 32 nécessitant des soins conservateurs et la pose d'une couronne (CCM); en revanche une profonde carie sur la dent 22 et un déchaussement assez important sur la dent 21 ne présentaient aucun lien de causalité avec cet accident. Interpellé par O. _____ SA concernant la divergence avec le rapport initial du Dr A. _____ qui mentionnait uniquement des lésions aux dents 21 et 22, le Dr E. _____ a répondu, le 25 septembre 2014, avoir fait erreur, dans la mesure où il n'y avait pour le traitement des dents 12 et 32 aucun lien de causalité avec l'accident. h) Par courrier du 23 juillet 2014, O. _____ SA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme aux prestations avec effet au 30 juin 2011 dans le cadre des suites des lésions au niveau de la cheville/pied droit et du coude droit (tête radiale) et qu'elle refusait de reconnaître un droit à des prestations par rapport à la subluxation de l'implant intraoculaire gauche. Pour la lésion au niveau du coude droit, les droits de l'assuré demeuraient toutefois réservés en cas de rechute/récidives. Elle s'est fondée sur l'expertise du Dr T. _____ du 29 avril 2014. i) Le Dr I. _____, médecin praticien, a pris position comme suit le 12 août 2014 sur l'expertise du Dr T. _____ : « -

1°) L'expert stipule de « probables » lésions, « peut-être d'origine traumatique », « banale entorse », qui sont minimisées par rapport à l'examen clinique lors de l'accident ainsi que par rapport aux IRM du 29/11/10 et 22/06/12: « Par rapport à l'examen antérieur, apparition d'une déchirure du segment infra-malléolaire du tendon du muscle court péronier latéral et du tendon du muscle jambier postérieur. Persistance d'un remaniement cicatriciel majeur des ligaments tibio-peroniers antérieur et

- 14 - postérieur, d'une déchirure partielle du ligament péronéo- astragalien postérieur, ainsi que d'une discontinuité des fibres du ligament péronéo-astragalien antérieur. Remaniement post-traumatique des fibres ligamentaires deltoïdienne.(sic) ». - A noter encore qu'en page 10 en bas de page l'expert fait état d'un délai de déclaration de plainte qui ne correspond à aucune réalité. - Monsieur R._____ a tenté de reprendre son travail malgré les douleurs par nécessité et non parce que ses douleurs s'amélioraient. Pendant toutes ces années la cheville est douloureuse et instable et en l'absence d'accord de l'assurance pour réaliser le geste chirurgical préconisé par le Docteur F._____ le patient a dû (sic) reprendre ses activités et sa vie personnelle avec la limitation due aux douleurs. - 2°) Le délai de réparation théorique ne peut être retenu comme argument décisif. C'est la réalité clinique et radiologique que doivent faire foi. - 3°) l'expert ne retient pas la constatation post-traumatique (percussion du visage au sol) de subluxation de l'implant intraoculaire suite à l'intervention de la cataracte à gauche qui était stable dans les contrôles antérieurs. - 4°) des constats odontologiques de lésions dentaires suite à ce même traumatisme facial n'ont pas été retenues. - 5°) La cheville gauche (argument de page 11 3è paragraphe) a été lésée dans les deux accidents du 28/12/2009 et du 23/08/2012. En conclusion, je ne peux trouver un accord avec les conclusions de l'expert car son rapport contient des inexactitudes, des erreurs concernant les événements et les traumatismes, qui induisent des hypothèses erronées et donc sans fondement. Je conteste donc cette expertise et demande une nouvelle expertise impartiale et objective. » L'assuré a également pris position sur l'expertise du Dr T._____ 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 T._____ a répondu aux critiques du Dr I._____ et de l'assuré. Il a maintenu les conclusions de son expertise. j) Le 21 décembre 2015, O._____SA a rendu une décision par laquelle elle a rejeté l'opposition contre la décision du 12 août 2015. Elle a considéré que le lien de causalité naturelle entre l'événement du 17 août 2010 et les troubles oculaires ainsi que les séquelles tardives de la cheville n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

- 15 - B. Le 29 janvier 2016, l'assuré a recouru devant la CASSO contre la décision sur opposition du 21 décembre 2015. Il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'octroi des prestations d'assurances perdure au-delà du 30 juin 2011 pour les lésions traumatiques subies le 17 août 2010. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à O._____SA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il fait en substance valoir qu'il souffre encore de difficultés avec sa jambe et sa cheville droite, avec son épaule gauche ainsi que de problèmes dentaires et oculaires. Il remet en question l'analyse du lien de causalité naturelle faite dans la décision attaquée. Dans sa réponse du 4 mai 2016, O._____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, O. _____ SA maintient également ses conclusions. En droit : 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).

- 16 - 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 litige porte exclusivement sur les suites de l'événement du 17 août 2010 et la poursuite de la prise en charge des prestations d'assurance au-delà du 30 juin 2011. L'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 17 août 2010 et les lésions de l'épaule gauche a été niée par la CASSO dans son arrêt du 31 juillet 2013 (AA 71/12 - 60/2013). Dans sa réplique du 28 juin 2016, le recourant précise qu'il ne soutient plus que les maux dont il se plaint à l'épaule gauche découlent de l'accident du 17 août 2010 mais de celui de 2012. La présente cause ne porte donc pas sur les atteintes à l'épaule gauche. 3. 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, 2e 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

- 17 - 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). 4. 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

- 18 - 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). 5. a) L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur antérieure à la révision du 25 septembre 2015 entrée en vigueur au 1er 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 1er 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).

- 19 - 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 LPG). 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

- 20 - 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). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C_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). b) Les lésions de ligaments font partie des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (art. 9 al. 2 let. g OLAA). Une IRM de la cheville droite, réalisée le 29 novembre 2010, avait mis en évidence une déchirure vraisemblablement complète du ligament péronéo-astragalien antérieur (aussi appelé ligament talo-fibulaire antérieur) et une déchirure interstitielle avec tuméfaction du ligament péronéo-tibial antérieur (aussi appelé ligament tibio-fibulaire antérieur). Le 22 juin 2012, une nouvelle IRM avait montré les lésions ligamentaires suivantes: « Sur un plan ligamentaire, les ligaments tibio-péroniers antérieur et postérieur présentent un important remaniement cicatriciel, caractérisé par une tuméfaction des fibres

- 21 - ligamentaires, sans discontinuité de ces dernières. Plus distalement, déchirure du ligament péronéo-astragalien antérieur, caractérisée par une absence de visualisation des fibres ligamentaires, tandis que le ligament postérieur présente une tuméfaction et une importante hyperintensité T2 superposables à l'examen de 2010, traduisant un remaniement cicatriciel. Ganglion cysts infiltrant les fibres ligamentaires latérales. Le ligament péronéo-calcanéen est difficilement individualisé, il semble continu. Sur le versant médian de la cheville, tuméfaction majeure des structures ligamentaires aussi bien superficielles que profondes du complexe deltoïdien, associée à une probable déchirure partielle du ligament tibio-spring (dont les fibres sont altérées de signal et mal individualisées). » En revanche le rapport du Dr G. _____, à la suite de l'IRM réalisée le 17 février 2014, ne fait état d'aucune déchirure ligamentaire mais d'un « épaissement modéré néanmoins d'aspect continu tant des ligaments tibio-talaires que talo-fibulaires », de péroniers sans particularité et d'un ligament spring « globalement préservé ». Dans la mesure où la déchirure du ligament spring n'était qualifiée en juin 2012 que de probable, il faut déduire du rapport du 17 février 2014 que le nouvel examen réalisé en 2014 a permis d'infirmer cette probabilité. Dans son rapport d'expertise du 29 avril 2014, le Dr T. _____ a rapporté les déchirures diagnostiquées lors des IRM des 29 novembre 2010 et 22 juin 2012, mais il ne les a pas mentionnées dans son propre diagnostic. Dans son appréciation, il relève un remaniement du ligament latéral externe de la cheville droite. Il a manifestement déduit du rapport du 17 février 2014 que les lésions ligamentaires diagnostiquées le 29 novembre 2010 avaient été guéries entretemps. S'agissant du lien de causalité, le Dr C. _____, médecin conseil d'O. _____ SA, avait déclaré le 1er mai 2012 que les éventuelles douleurs du côté de l'articulation de la cheville droite devaient être considérées comme liées à l'événement du 17 août 2010. En revanche, le Dr T. _____ avait d'abord qualifié l'origine traumatique seulement de possible (« peut être d'origine traumatique »), avant de déclarer que l'accident du 17 août 2010 avait été « responsable d'une probable entorse du [ligament latéral externe] et de contusions osseuses de la cheville/pied droits ». Il a certes

- 22 - affirmé dans les réponses aux questions que « la relation de causalité naturelle entre l'événement du 17 août 2010 et les plaintes/troubles constatées à la cheville/pied droit [paraissait] hautement, voire très hautement invraisemblable », mais cette affirmation doit être comprise comme portant sur les « plaintes/troubles » relatifs à la cheville droite qui ont été avancés par le recourant lors de son examen par le Dr T. _____. Dans son avis complémentaire du 8 février 2015, le Dr T. _____ a déclaré admettre « une dégradation possible/probable de la situation suite à l'événement survenu en 2010 ». La reconnaissance que l'accident du 17 août 2010 a constitué une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, suffit pour admettre une lésion assimilée à un accident. Conformément à la jurisprudence susmentionnée, la présence de pathologies dégénératives constatées par le Dr T. _____ ne suffit pas à exclure une cause accidentelle, eu égard au déroulement de l'accident du 17 août 2010. Dans la mesure où la décision attaquée a mis un terme aux prestations au 30 juin 2011 sans remettre en question les prestations antérieures relatives à la cheville droite, il faut en déduire que l'intimée a admis à juste titre l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 17 août 2010 et les lésions ligamentaires de la cheville droite. Le Dr T. _____ a considéré que le statu quo sine était atteint au plus tard en juin 2011, parce qu'au-delà d'un délai prolongé à 5 à 10 mois (par rapport au délai usuel de 2 à 4 mois) « il [fallait] considérer que les doléances alléguées par le patient concernant sa cheville droite [paraissent] (haute, voire très haute vraisemblance) liées aux pathologies régionales de surcharge (ou à celles d'anciens traumatismes) ». Or, il ressort de la

jurisprudence susmentionnée que le statu quo sine de lésions assimilées à un accident ne saurait être établi sur le degré de vraisemblance prépondérante. Il faut bien plus que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, soit clairement établie. Comme le Dr T. _____ ne fournit aucun élément démontrant que la déchirure du ligament péronéo-astragalien antérieur diagnostiquée en juin 2012 était nouvelle et avait une origine différente de celle constatée le 29 novembre 2010, il faut considérer que cette dernière subsistait lors de l'IRM du 22 juin 2012. Vu que le lien avec l'accident du

- 23 - 17 août 2010 à titre de cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, avait été reconnu à celle constatée le 29 novembre 2010, ce lien demeure inchangé en date du 22 juin 2012. On ne peut donc pas exclure toute origine accidentelle à cette déchirure. Le statu quo sine ne saurait être établi avant le 22 juin 2012 sur la seule base d'une évolution ordinaire des entorses. c) Les déchirures de tendons font aussi partie des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (art. 9 al. 2 let. f OLAA). L'IRM du 29 novembre 2010 a mis en évidence seulement une tendinopathie du tendon tibial postérieur et du tendon d'Achille. Lors de l'IRM du 22 juin 2012, une déchirure du segment infra-malléolaire du tendon du muscle court péronier (aussi appelé fibulaire) latéral et du tendon du muscle jambier (aussi appelé tibial) postérieur est apparue. En revanche, le rapport du Dr G. _____ à la suite de l'IRM réalisée le 17 février 2014 relevait que les péronniers de la cheville droite étaient sans particularité pour l'âge, mais qu'il y avait une ténozyvite en déchirure partielle du tendon du tibial postérieur sur 5 cm de hauteur. Le Dr F. _____ avait considéré le 25 février 2013 que les déchirures des tendons constatées le 22 juin 2012 étaient d'origine accidentelle. En revanche, le Dr T. _____ avait affirmé, dans son expertise du 29 avril 2014, que « la rechute annoncée en 2012, quelques 2 ans après le traumatisme, responsable d'une nouvelle prise en charge thérapeutique, et d'une nouvelle période d'incapacité de travail, [avait] une relation causale très peu probable (ou hautement improbable) » avec l'accident du 17 août 2010. Cette appréciation quant au lien de causalité était la conséquence de son évaluation selon laquelle au-delà d'un délai de 5 à 10 mois, il fallait considérer que les doléances alléguées par le patient, concernant sa cheville droite, paraissaient (haute, voire très haute vraisemblance) liées aux pathologies régionales de surcharge (ou à celles d'anciens traumatismes). Or, nous avons retenu que le lien de causalité naturelle pour la déchirure du ligament péronéo-astragalien antérieur

- 24 - devait être maintenu au moins jusqu'au 22 juin 2012. L'appréciation du Dr T. _____ n'est donc pas déterminante, car elle repose sur une prémisse erronée. Dans son rapport complémentaire du 8 février 2015, le Dr T. _____ a affirmé que l'IRM du 17 février 2014 ne montrait ni déchirure ni séquelle de déchirure du tendon court péronier. Dans la mesure où le Dr T. _____ avait rapporté dans son expertise du 29 avril 2014 que l'IRM du 22 juin 2012 avait fait apparaître une déchirure du tendon du jambier postérieur, il faut comprendre la déclaration relative à l'absence de séquelle non pas comme une négation de l'existence d'une telle déchirure en juin 2012 mais simplement la constatation qu'en février 2014, cette déchirure était non seulement guérie mais n'avait pas laissé de séquelle visible sur l'IRM. Comme les lésions tendineuses n'étaient pas déjà présentes lors de l'IRM du 29 novembre 2010, la question déterminante est de savoir si les lésions ligamentaires qui perduraient ont pu constituer une cause possible des déchirures tendineuses. Dans la mesure où la décision attaquée doit être annulée en ce qui concerne les prestations dues aux lésions ligamentaires de la cheville droite, il appartiendra à l'assureur intimé de poursuivre l'instruction aussi concernant les lésions tendineuses. d) Les fractures font aussi partie des

lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (art. 9 al. 2 let. a OLAA). Le recourant a souffert d'une fracture de la tête radiale au coude droit qui a été mise en évidence par un CT-scanner du 20 août 2010. Selon le rapport du 1er mai 2012 du Dr C. _____, les éventuelles douleurs du côté du coude droit doivent être considérées comme liées à l'événement du 17 août 2010. Lors de l'examen par le Dr T. _____, le recourant a déclaré avoir retrouvé un status normal de son coude en juillet 2011 et n'avoir pas eu de rechute depuis concernant ce coude. Il en découle que c'est à juste titre que l'assureur intimé a mis un terme au 30 juin 2011 aux prestations d'assurances concernant les séquelles de la fracture du coude droit.

- 25 - 6. Le recourant a eu des problèmes oculaires pour lesquels il a consulté le Dr V. _____ en date du 2 septembre 2013. Il lui a déclaré avoir remarqué une baisse d'acuité visuelle à la reprise de son travail cinq mois après une chute sur accident de la voie publique. Cet ophtalmologue a constaté que l'implant intra-oculaire mis en place après l'opération de la cataracte de l'œil gauche en 1991 était légèrement déplacé inférieurement et basculait légèrement en avant pour sa partie inférieure. A son avis, il était très possible que la discrète myopisation de l'œil gauche entre l'examen de 2008 et celui de 2013 soit secondaire au déplacement de l'implant intra-oculaire, un choc sur la tête tel que celui subi le 17 août 2010 pouvant être la cause de ce déplacement. Le Dr Q. _____, médecin-conseil de l'intimée, a en revanche estimé que le lien de causalité n'était que de l'ordre du possible. En effet, la possibilité d'un léger déplacement de l'implant intra-oculaire ne pouvait être qu'hypothétiquement attribuée à un événement traumatique, tel que celui du 17 août 2010. La qualification du lien de causalité entre le déplacement de l'implant intra-oculaire et la discrète myopisation comme étant « très possible » reste ambiguë. Il n'est pas clair si le Dr V. _____ considère ce lien comme restant dans le domaine du possible – d'autres causes étant au moins autant vraisemblables – ou s'il lui attribue un caractère de haute probabilité. Le Dr Q. _____, qui est médecin généraliste et non ophtalmologue, ne s'est pas prononcé sur ce lien de causalité. S'agissant du lien de causalité entre le déplacement de l'implant et l'accident du 17 août 2010, la position du Dr V. _____ est aussi ambiguë. S'il donne l'impression de ne l'envisager que sous l'angle de la simple possibilité, il l'oppose à l'absence de certitude en raison de la tardiveté de l'examen. Or, entre la simple possibilité et la certitude, il existe des degrés de probabilité sur lesquels le Dr V. _____ ne s'est pas prononcé. En particulier, il faudrait distinguer entre le degré de probabilité d'une cause traumatique par rapport aux autres causes possibles de déplacement de l'implant d'une part, et le degré de vraisemblance de

- 26 - l'accident du 17 août 2010 parmi les causes traumatiques. Or, il est impossible de déduire du rapport du Dr V. _____ une appréciation sur ces points. Quant au Dr Q. _____, il a affirmé qu'une cause traumatique au léger déplacement de l'implant n'était qu'hypothétique, mais il n'a aucunement motivé son appréciation. Il semble ainsi avoir déduit ce caractère hypothétique de la formulation réservée du Dr V. _____.

L'appréciation du lien de causalité par le Dr Q. _____ n'a donc pas force probante. Il appartiendra dès lors à l'autorité intimée de poursuivre l'instruction sur le lien de causalité entre l'accident du 17 août 2010 et la discrète myopisation intervenue entre 2008 et 2013. 7. Dans son recours, le recourant affirme souffrir encore de problèmes dentaires, sans plus de précisions. Postérieurement au 30 juin 2011, seul un traitement des dents 12 et 32 n'a été prévu (cf. rapport de la Dresse M. _____ du 31 janvier 2014). Or, le Dr A. _____, médecin- dentiste, qui avait examiné le recourant le 18 août 2010, soit le lendemain de

l'accident, avait constaté uniquement une lésion des dents 21 et 22 (luxées ou devenues branlantes). Si le Dr E. _____, expert dentiste consulté par l'assureur, avait affirmé dans un premier temps que l'accident du 17 août 2010 avait lésé les dents 12 et 32 nécessitant des soins conservateurs et la pose d'une couronne, celui-ci, après avoir été interpellé par l'assureur concernant la divergence avec le rapport du Dr A. _____, est revenu sur cette appréciation le 25 septembre 2014 en déclarant qu'il n'y avait pour le traitement des dents 12 et 32 aucun lien de causalité avec l'accident. Le rapport médical de la Dresse M. _____ du 31 janvier 2014 ne fait pas état d'un lien de causalité avec l'accident du 17 août 2010. Il faut donc admettre que, conformément à l'appréciation du Dr E. _____ du 25 septembre 2014, il n'y avait pas, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre les lésions des dents 12 et 32 constatées en 2014 et l'accident du 17 août

- 27 - 2010. C'est donc à juste titre que la décision attaquée a confirmé le refus de prise en charge de ce traitement. 8. Le recourant a souffert d'un état de stress post-traumatique (F43.1) pour lequel il a suivi un traitement prescrit par la Dresse N. _____ du 23 novembre 2010 au 7 février 2011. Dans la mesure où cette atteinte psychologique n'a pas perduré au-delà de la date du 30 juin 2011, l'assureur intimé pouvait valablement mettre un terme à la prise en charge à cette date. 9. a) Vu ce qui précède, la décision attaquée doit être partiellement annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision 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 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 p r o n o n c e : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision sur opposition du 21 décembre 2015 d'O. _____ SA est annulée en tant qu'elle met un terme aux prestations d'assurances concernant la cheville droite et l'œil gauche, la cause étant renvoyée à cette assurance pour

- 28 - nouvelle décision sur ces points après instruction complémentaire dans le sens des considérants. La décision sur opposition est confirmée pour le surplus. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. O. _____ SA versera à R. _____ 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 R. _____), - Me Didier Elsig (pour O. _____ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.